

Angaben zur Person

Frau Herr

Vorname / Name

Strasse & Hausnummer

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Kundennummer (falls zur Hand)

Telefon

Mobil

E-Mail

Angaben zu dem betreffenden Arzneimittel

PZN¹

Name des Arzneimittels:

Darreichungsform:²

Packungsgröße:

Hersteller/Importeur:

Chargen-Bezeichnung:

Bezugsdatum:

Verwendbar bis:

¹ die 7-stellige PharmaZentralNummer finden Sie auf der Arzneimittelpackung, meist in der Nähe des Strichcodes

² z.B. Tabletten, Saft, Creme usw.

Beanstandung der Produktqualität (Deklaration, Verpackung, Zersetzung, Verfärbung, Verwechslung, Trübung, usw)³

Welche Qualitätsmängel wurden festgestellt?

Wo haben Sie das Arzneimittel gelagert?

Worauf führen Sie die Mängel zurück?

³ Bitte senden Sie das Arzneimittel in der Originalverpackung an uns zurück.

Beanstandung aufgrund unerwünschter Arzneimittelwirkungen

Welche unerwünschten Wirkungen traten auf?

In welcher Dosierung haben Sie das Arzneimittel eingenommen? morgens mittags abends

Seit wann nehmen Sie das Arzneimittel?

Erfolgte die Einnahme auf ärztliche Verordnung? Ja Nein Nehmen Sie das Arzneimittel trotz Nebenwirkungen weiterhin ein? Ja Nein

Welche Mittel werden/wurden zusätzlich eingenommen?

PZN¹

Arzneimittelbezeichnung & Stärke

Einnahmehäufigkeit
sehr oft >>>> sehr selten

Dosierung/Menge

¹ die 7-stellige PharmaZentralNummer finden Sie auf der Arzneimittelpackung, meist in der Nähe des Strichcodes

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, zutreffendes ankreuzen, unterschreiben und absenden.