## Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen
## (Bitte füllen Sie diesen Bogen so vollständig wie möglich aus)

Orly.

# Vertraulich

**Nummer:** **Rapport ID:**

| BEOBACHTETE UNERWÜNSCHTE WIRKUNGEN | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| AUFGETRETEN AM | TAG | MONAT | JAHR |
| | Bitte wählen | Bitte wählen | Bitte wählen |
| KÜRZER VERWENDET ALS 1 TAG | STUNDEN | MINUTEN | |
| | Bitte wählen | Bitte wählen | |
| Die unerwünschte Arzneimittelwirkung hat zu einem der hier erwähnten Ereignisse geführt | | | |
| ◯ ja<br>◯ nein | ❑ Todesfall<br>❑ Lebensbedrohlich<br>❑ Krankenhausaufenthalt<br>❑ Geburtsfehler<br>❑ dauerhafte Arbeitsunfähigkeit<br>❑ andere schwerwiegende Anomalien | | |
| VERLAUF DER UNERWÜNSCHTEN ARZNEIMITTELWIRKUNG UND SONSTIGE BEMERKUNGEN | | | |
| | | | |
| | | | |

| VERWENDETES ARZNEIMITTEL | | | |
|---|---|---|---|
| Arzneimittel: | | | |
| Hersteller/Zulassungsinhaber: | | Herkunftsland: | Bitte wählen |
| DATUM DER VERABREICHUNG | TAG | MONAT | JAHR |
| | Bitte wählen | Bitte wählen | Bitte wählen |

| ANGABEN DES PATIENTEN | | | |
|---|---|---|---|
| GEBURTSDATUM | TAG | MONAT | JAHR |
| | Bitte wählen | Bitte wählen | Bitte wählen |
| GESCHLECHT | ◯ MANN | ◯ FRAU | |
| GEWICHT | KG | | |
| GRÖSSE | CM | | |
| SCHWANGERSCHAFT? | ◯ JA | ◯ NEIN | |
| KRANKENGESCHICHTE | | | |
| | | | |

| DATEN DES BERICHTERSTATTERS | | |
|---|---|---|
| NAME | | |
| ADRESSE | | |
| POSTLEITZAHL | | |
| ORT | | |
| TELEFONNUMMER | | |
| EMAIL | | |
| VERHÄLTNIS ZUM PATIENTEN | Bitte wählen | |

| BEILAGEN |
|---|
| Zur Verfügung stehende Unterlagen und weitere Informationen bitte beilegen. |
| Bitte angeben welche Unterlagen beigelegt werden: |
| |

| IM FALLE ERNSTER UNERWÜNSTER ARZNEIMITTELWIRKUNGEN BITTEN WIR UM DIREKTEN KONTAKT |
|---|
| Bitte rufen Sie an: +31(0)6 11 45 44 88 |

**Schicken Sie diesen Bericht an:**

**Orly Pharma BV. Hudsonweg 3 5928 LW Venlo. z.H. Quality Management, oder**
**per email: quality@orlypharma.com**