



**Meldung über den Verdacht einer Nebenwirkung (NW) oder sonstigen  
PV-relevanten Information bitte senden/faxen an:**

Aristo Pharma GmbH    Wallenroder Straße 8-10    13435 Berlin  
Tel. +49 30 71094 4200    E-mail drug-safety@aristo-pharma.de    Fax +49 6172 777 457

<p>Welche Kriterien treffen auf die NW zu?</p> <p><input type="checkbox"/> lebensbedrohlich</p> <p><input type="checkbox"/> verlängerter Krankenhausaufenthalt</p> <p><input type="checkbox"/> kongenitale Anomalie/ Geburtsfehler</p> <p><input type="checkbox"/> bleibende/ schwerwiegende Behinderung</p> <p><input type="checkbox"/> medizinisch bedeutsames Ereignis: ..... ..... .....</p>	<p><input type="checkbox"/> führte zum Tod</p> <p>Todestag: .....</p> <p>Todesursache: .....</p> <p>Durch Autopsie bestätigt:</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> unbekannt</p> <p><input type="checkbox"/> nicht durchgeführt</p>	<p>Ausgang des Ereignisses:</p> <p><input type="checkbox"/> wiederhergestellt</p> <p><input type="checkbox"/> noch nicht wiederhergestellt</p> <p><input type="checkbox"/> nicht wiederhergestellt</p> <p><input type="checkbox"/> wiederhergestellt mit bleibenden Schäden</p> <p><input type="checkbox"/> Tod</p>
--	--	---

Beschreibung der beobachteten Nebenwirkung:

Medizinische Vorgeschichte:

Begleitmedikation:

Produkt	Dosis	Stärke	Applikation	Verabreichungshäufigkeit	Therapiebeginn (Datum)	Therapieende (Datum)	Indikation	Zusammenhang mit NW (ja/nein)

Weitere Erkrankungen:

Meldung über den Verdacht einer Nebenwirkung (NW) oder sonstigen  
PV-relevanten Information bitte senden/faxen an:

Aristo Pharma GmbH Wallenroder Straße 8-10 13435 Berlin  
Tel. +49 30 71094 4200 E-mail drug-safety@aristo-pharma.de Fax +49 6172 777 457

Meldende Person ist:

- Patient/-in  Arzt/Ärztin  Krankenschwester/  
Pfleger  Apotheker/-in  Betreuer/ kein(e)  
Angehörige(r)  
der Heilberufe  Sonstiges,  
bitte angeben

Stimmen Sie einer Kontaktaufnahme mit Ihnen oder Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin durch die Arzneimittelsicherheit von Aristo Pharma GmbH zu?

- ja  nein

Kontaktinformation der meldenden Person oder des behandelnden Angehörigen der Heilberufe.  
Falls keine Zustimmung zur Weitergabe personenbezogener Daten vorliegt, tragen Sie bitte "Kontakt verweigert" ein.

Meldende Person:					
Vorname	Nachname	E-Mail	Telefonnummer	Faxnummer	Anschrift

Behandelnder Angehörige(r) der Heilberufe  
(auszufüllen, falls anders als meldende Person):

Vorname	Nachname	E-Mail	Telefonnummer	Faxnummer	Anschrift

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular zurück an:

Aristo Pharma GmbH  
Wallenroder Straße 8-10  
13435 Berlin

Tel.: +49 30 71094 4200  
E-Mail: drug-safety@aristo-pharma.de  
FAX: +49 6172 777 457