



Guerbet intern	Eingangsdatum:
Fallnummer:	
Schwerwiegend: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Initialmeldung <input type="checkbox"/> Follow-up <input type="checkbox"/>

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Arzneimittelrisiken

<u>Meldende Person</u>	<u>Kontaktadresse der meldenden Person</u>
Name: _____	
Funktion: _____	
Unterschrift/Datum: _____	(Stempel der Praxis oder Klinik)

<u>Patient/in</u>	Geburtsdatum/Alter: _____	<u>Anamnese</u>				
Initialen: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Vorname</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Nachname</td> </tr> </table>			Vorname	Nachname	Größe: _____ cm	Grund-/Begleiterkrankung (<i>insbesondere kardiovaskuläre und renale Anamnese, Operationen</i>) und andere anamnestische Besonderheiten: Allergien: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ bitte angeben: Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ ____ . Woche Datum der letzten Menstruation: _____
Vorname	Nachname					
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Gewicht: _____ kg					
<u>Frühere Untersuchung(en) mit Kontrastmittel?</u>						
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> ja ⇒ falls ja, bitte angeben: - Früher verwendete(s) Kontrastmittel: - Art der Untersuchung(en): - Frühere Reaktion auf Kontrastmittel? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> ja ⇒ bitte frühere Reaktion beschreiben:						

<u>Jetzt durchgeführte Untersuchung</u>	Datum:
Art der Untersuchung (MRT, CT, ...):	
Indikation (Diagnose):	

Medikation, die vermutlich die aufgetretene(n) Nebenwirkung(en) verursacht hat (z. B. Kontrastmittel oder Prämedikation):

Nr.	Name des Arzneimittels	Anwendungsart (z.B.: i.v.)	Dosis	Datum/Uhrzeit/Dauer der Verabreichung	Chargen-Nr.
1					
2					
3					

Begleitmedikation:

Nr.	Name des Arzneimittels	Anwendungsart	Dosis	Beginn	Ende	Indikation
1						
2						
3						

Wurde die Applikation der im Zusammenhang mit der Untersuchung verwendeten Medikation vorzeitig abgebrochen?
 nein nicht bekannt ja, die Applikation des Kontrast-/Arzneimittels Nr. ____ wurde vorzeitig abgebrochen

Fand eine Reexposition statt? Wenn ja, trat die Reaktion wieder auf?
 nein nicht bekannt ja mit Arzneimittel Nr. ____ nein nicht bekannt ja mit Arzneimittel Nr. ____

