



Helixor Heilmittel GmbH
72348 Rosenfeld

Fragebogen zur Abklärung eines Verdachtsfalles einer unerwünschten Arzneimittelwirkung (UAW)

Patient: Initialen
Nachn. Vorn. Geburtsdatum
Tag Monat Jahr Geschlecht männlich weiblich

Hinweis: Wir erfassen diese Daten nach den Richtlinien des Bundesdatenschutzgesetzes. Daher bitten wir Sie, Patientendaten nur in pseudonymisierter Form (Initialen aus Nachname/Vorname, Geburtsdatum und Geschlecht) an uns zu übermitteln. Die Informationen sind vertraulich und werden von uns nur für Zwecke der Dokumentation unerwünschter Arzneimittelwirkungen und der Therapieberatung gespeichert.

Arzneimittel:

Präparatbezeichnung Chargen-Nummer

Auslösende Dosis mg Applikationsart s.c. i.c. i.m. i.p. i.v. i.pl. andere

Datum der letzten Medikation, die zur UAW führte
Tag Monat Jahr Datum des Auftretens der UAW
Tag Monat Jahr

Latenzzeit zwischen letzter Gabe des Arzneimittels und erstem Symptom der UAW Sekunden Minuten Stunden Tage

Beschreibung der UAW:

Ablauf der UAW:

Auftreten der Symptome einmalig häufig permanent
 gelegentlich nach jeder Applikation unbekannt

Intensität leicht mäßig stark unbekannt

Dauer Sekunden Minuten Stunden Tage

Datum des vollständigen Verschwindens der Symptomatik
Tag Monat Jahr

Wurde die UAW behandelt?

nein ja (Therapiemaßnahmen bitte angeben)

Erfolg der Therapie

Nachwirkungen keine deutlich unbekannt
 geringe bis heute andauernd

Schwerwiegende Folgen lebensbedrohlich dauernde oder schwere Behinderung keines zutreffend
 Tod Hospitalisierung o. Verlängerung d. Hospitalisierung angeborene Anomalie



Helixor Heilmittel GmbH
72348 Rosenfeld

Fragebogen zur Abklärung eines Verdachtsfalles einer unerwünschten Arzneimittelwirkung (UAW)

Patient: Initialen Geburtsdatum Geschlecht männlich weiblich
Nachn. Vorn. Tag Monat Jahr

Hinweis: Wir erfassen diese Daten nach den Richtlinien des Bundesdatenschutzgesetzes. Daher bitten wir Sie, Patientendaten nur in pseudonymisierter Form (Initialen aus Nachname/Vorname, Geburtsdatum und Geschlecht) an uns zu übermitteln. Die Informationen sind vertraulich und werden von uns nur für Zwecke der Dokumentation unerwünschter Arzneimittelwirkungen und der Therapieberatung gespeichert.

Auslassversuch:

Wurde das Arzneimittel abgesetzt?

ja Datum: nein
Tag Monat Jahr

Wenn nein: Wurde die Dosis reduziert?

ja, auf _____ mg nein

Erfolg dieser Maßnahme _____

Reexposition:

nein ja am:
Tag Monat Jahr

mit folgendem Präparat: _____

Dosis: _____

mit folgender Reaktion: _____

Beurteilung des Kausalzusammenhangs:

unwahrscheinlich wahrscheinlich nicht beurteilbar
 möglich sicher

Anamnestische Daten:

Maligne Grunderkrankung ja nein Diagnose: _____

bekannte Allergie ja gegen: _____

bekannte Atopie ja (Heuschnupfen, Asthma, Neurodermitis) _____

Begleiterkrankungen:

Stoffwechselerkrankungen _____

Autoimmunerkrankungen _____

Sonstige Erkrankungen _____

Therapiebeginn mit dem Arzneimittel am:

mit: _____ mg (Dosis) bzw. Serie: _____
Tag Monat Jahr

Anwendungsform: s.c. Frequenz: _____ x wöchentlich
 andere _____

Wurden Therapiepausen gemacht? ja Frequenz: _____ Dauer: _____
 nein

Wurde die Therapie vor Auftreten der UAW problemlos vertragen? ja nein

Wenn nein:

Welche Probleme traten auf? _____

Bei welchen Dosierungen? _____

Ging der UAW ein längeres therapiefreies Intervall voraus? ja Dauer: Wochen
 nein



Dem Leben Leben geben.

Helixor Heilmittel GmbH
72348 Rosenfeld

Fragebogen zur Abklärung eines Verdachtsfalles einer unerwünschten Arzneimittelwirkung (UAW)

Patient: Initialen Geburtsdatum Geschlecht
Nachn. Vorname Tag Monat Jahr männlich weiblich

Hinweis: Wir erfassen diese Daten nach den Richtlinien des Bundesdatenschutzgesetzes. Daher bitten wir Sie, Patientendaten nur in pseudonymisierter Form (Initialen aus Nachname/Vorname, Geburtsdatum und Geschlecht) an uns zu übermitteln. Die Informationen sind vertraulich und werden von uns nur für Zwecke der Dokumentation unerwünschter Arzneimittelwirkungen und der Therapieberatung gespeichert.

Begleittherapien

(bitte nicht ausfüllen, wenn es sich bei der UAW nur um übermäßige Lokalreaktionen an den Injektionsstellen handelt)

Bitte alle Arzneimittel und Therapien angeben, die zum Zeitpunkt der UAW und in den letzten 4 Wochen zuvor verabreicht wurden (incl. Chemo- und Strahlentherapie, Hyperthermie, Phytotherapeutika, Organpräparate, Vitamine usw.):

	Arzneimittel/Therapieform	Tagesdosis	Applikation	gegeben: von - bis	wegen
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					

**Bitte letzte Laborwerte (BSG, Blutbild mit Diff., Leber- und Nierenwerte)
vor und nach Auftreten der UAW beifügen.**

**Bitte senden Sie den kompletten Fragebogen (3 Seiten)
per Brief oder Fax an:**

Helixor Heilmittel GmbH, Medizinische Beratung, Fischermühle 1, 72348 Rosenfeld

FAX Nr. 08 00-9 35 35 00 (gebührenfrei)

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift