

Einsender/-in:	<input type="checkbox"/> Tierärztin/ Tierarzt <input type="checkbox"/> Apotheker/-in <input type="checkbox"/> Andere			Besitzer/-in:			
Name: Adresse: Tel.: Land: <input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> Andere:				Name: Adresse: Tel.: Land:			
Patient(en):	<input type="checkbox"/> Tier <input type="checkbox"/> Mensch						
Tierart:	Rasse:	Geschlecht:	Zustand:	Alter:	Gewicht:	Grund der Behandlung:	
		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> kastriert <input type="checkbox"/> unkastriert <input type="checkbox"/> trächtig	ca. _____ Jahre	ca. _____ kg	<input type="checkbox"/> laut Gebrauchsinformation	
Gesundheitszustand vor der Behandlung:		<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> kritisch <input type="checkbox"/> unbekannt					
Verabreichte Tierarzneimittel:		Produkt 1		Produkt 2		Produkt 3	
Name des Arzneimittels:							
Charge & Ablaufdatum:							
Art/ Stelle der Anwendung:		<input type="checkbox"/> laut Gebrauchsinformation		<input type="checkbox"/> laut Gebrauchsinformation		<input type="checkbox"/> laut Gebrauchsinformation	
Datum des Behandlungsstarts:		-- (TT.MM.JJJJ) --		-- (TT.MM.JJJJ) --		-- (TT.MM.JJJJ) --	
Dosis/ Häufigkeit:		<input type="checkbox"/> laut Gebrauchsinformation		<input type="checkbox"/> laut Gebrauchsinformation		<input type="checkbox"/> laut Gebrauchsinformation	
Behandlungsdauer:							
Wer verabreichte das Arzneimittel?							
Meinen Sie, die Nebenwirkung ist auf das Arzneimittel zurückzuführen?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ?	
Datum des Auftretens der unerwünschten Wirkung:		-- (TT.MM.JJJJ) --		Dauer unerwünschten Wirkung:		<input type="checkbox"/> anhaltend	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/> abgeschlossen am -- (TT.MM.JJJJ) --	<input type="checkbox"/>
Bei Herden / Tiergruppen:		Anzahl der behandelten Patienten:		Anzahl der Reaktionsfälle:		Anzahl der Todesfälle:	
Beschreibung des Vorfalls:							
Vorbericht:							
Beschreibung der unerwünschten Nebenwirkung:							
Behandlung der unerwünschten Nebenwirkung:							
		<input type="checkbox"/> keine Behandlung		<input type="checkbox"/> Behandlung unbekannt		Besserung unter Behandlung:	
						<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Datum:	Ort:	Name des Einsenders / der Einsenderin					
Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) für die Erhebung der personenbezogenen Daten bei der Meldung von Nebenwirkungen finden Sie unter folgenden Webadresse: https://aniserve.de							

ausgefüllt per Email senden