

Formular zur Meldung unerwünschter Ereignisse (UE) nach Anwendung von Tierarzneimitteln oder nach Anwendung von Humanarzneimitteln am Tier

Formular zu versenden an

Bundesamt für Verbraucherschutz und
Lebensmittelsicherheit (BVL)
Abteilung Tierarzneimittel, Referat 322/Pharmakovigilanz
Postfach 11 02 60
10832 Berlin

E-Mail: uaw@bvl.bund.de
Servicetelefon (9:00-14:00): 030 18444-30444

www.bvl.bund.de
Fax: 030 18444-89999

Gerne können Sie Ihre Meldung auch
elektronisch auf www.vet-uaw.de eingeben.

Einsender/-in <input type="checkbox"/> Tierarzt/-ärztin <input type="checkbox"/> Apotheker/-in <input type="checkbox"/> Behörde <input type="checkbox"/> Tierbesitzer/-in <input type="checkbox"/> Andere: _____	Ihr Name und Ihre Anschrift E-Mail: Tel./Fax:	Name und Anschrift des Tierhalters/ der Tierhalterin (optional)
---	--	--

Angaben zu betroffenen Tieren/Personen			
<input type="checkbox"/> Tier			
TIER	Tierart: Rasse: Alter: Gewicht:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich kastriert <input type="checkbox"/> männlich kastriert <input type="checkbox"/> unbekannt	Status: <input type="checkbox"/> tragend <input type="checkbox"/> laktierend
Anzahl behandelter Tiere: _____		Anzahl reagierender Tiere: _____	Anzahl toter Tiere: _____
Gesundheitszustand vor der Behandlung/ Vorerkrankungen:			
<input type="checkbox"/> Mensch			
MENSCH	Alter: Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbestimmt	Ort der Exposition: <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> Finger/Hand <input type="checkbox"/> Anderes: _____	Weg der Exposition: <input type="checkbox"/> Kontakt mit dem behandelten Tier <input type="checkbox"/> Kontakt mit dem Medikament <input type="checkbox"/> Orale Einnahme <input type="checkbox"/> Selbstinjektion <input type="checkbox"/> Sonstiges (z. B. beabsichtigte Exposition)
Status: <input type="checkbox"/> schwanger <input type="checkbox"/> stillend		Höhe der Dosis:	Arztbesuch nötig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Angaben zu den verabreichten Arzneimitteln			
	Arzneimittel 1	Arzneimittel 2	Arzneimittel 3
Handelsname			
Darreichungsform und Stärke z. B. <i>Tabletten 100 mg</i>			
Zulassungsnummer			
Chargennummer (Ch.-B. oder Lot)			
Grund der Behandlung			
Art der Anwendung/ Applikationsort			
Dosierung z. B. <i>1 Tablette, 2 x täglich</i>			

