



Formular zur Meldung unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) von Tierarzneimitteln

Formular zu versenden an

Bundesamt für Verbraucherschutz und
Lebensmittelsicherheit (BVL)
Abteilung Tierarzneimittel, Referat 316/Pharmakovigilanz
Mauerstraße 39-42
10117 Berlin

Tel.: 030 18444-30444
Fax: 030 18444-30409

E-Mail: uaw@bvl.bund.de
www.bvl.bund.de

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

Einsender <input type="checkbox"/> Tierarzt <input type="checkbox"/> Apotheker <input type="checkbox"/> Behörde <input type="checkbox"/> Tierbesitzer <input type="checkbox"/> Andere: _____	Name und Anschrift des Einsenders E-Mail: Tel./Fax:	Name und Anschrift des Tierhalters
---	--	---

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

Angaben zu den verabreichten Arzneimitteln			
	Falls mehr als 3 Arzneimittel verabreicht wurden, bitte dieses Formular kopieren.		
	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>			

