

**Meldung unerwünschter Wirkungen von Tierarzneimitteln  
Formblatt für Meldungen von Tierbesitzern/Tierhaltern**

Bitte senden Sie dieses Formular an:

**Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL)**  
Abteilung Tierarzneimittel, Referat 304 / Postmarketing  
Mauerstraße 39 - 42  
D-10117 Berlin

Fax: 03018-44430409  
E-Mail: uaw@bvl.bund.de

Tel.:03018-44430444  
Website: www.bvl.bund.de

**VERTRAULICH**  
*Nur für interne Angaben*  
**Geschäftszeichen:**

<b>Unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW) betrifft</b>	<b>NAME UND ANSCHRIFT DES EINSENDERS</b>	<b>NAME UND ANSCHRIFT DES TIERARZTES</b>
<b>Nebenwirkung</b> bei Tieren <input type="checkbox"/> bei Menschen <input type="checkbox"/> <b>Wirksamkeit</b> <input type="checkbox"/> <b>Wartezeit</b> <input type="checkbox"/> <b>Umweltprobleme</b> <input type="checkbox"/>	Tierbesitzer <input type="checkbox"/> Tierhalter <input type="checkbox"/> Tierpfleger <input type="checkbox"/>  Tel.: _____ Fax: _____	

**PATIENT(EN)** Tier  Mensch  *(Wenn Menschen betroffen sind, genügt es Alter und Geschlecht anzugeben.)*

Tierart	Rasse	Geschlecht	Status	Alter	Gewicht	Grund der Behandlung
		weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>	kastriert <input type="checkbox"/> trächtig <input type="checkbox"/>			

**TIERARZNEIMITTEL, DIE VOR DEM AUFTRETEN DER UNERWÜNSCHTEN WIRKUNG VERABREICHT WURDEN**  
*(Falls mehr Mittel gleichzeitig verabreicht werden als Kästchen zur Verfügung stehen, bitte dieses Formular kopieren.)*

Handelsname des verabreichten Tierarzneimittels	1	2	3
	Darreichungsform und Stärke (z. B. Tabletten 100 mg)		
Zulassungsnummer			
Chargennummer			
Art der Anwendung / Applikationsort			
Dosierung / Dosierungsintervall			
Dauer der Behandlung/Exposition Behandlungsbeginn: Behandlungsende:			
Wer verabreichte das Tierarzneimittel? (Tierarzt, Besitzer, andere Person)			
Meinen Sie, diese Wirkung ist auf das Arzneimittel zurückzuführen?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Wurde der Arzneimittelhersteller informiert?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Wurde der Tierarzt informiert?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>

<b>UNERWÜNSCHTE ARZNEIMITTELWIRKUNG</b>  Aufgetreten am _____ / _____ / _____	<b>Zeit zwischen Verabreichung und Auftreten der unerwünschten Wirkung</b> in Minuten, Stunden oder Tagen	Anzahl behandelter Tiere _____  Anzahl reagierender Tiere _____  Anzahl toter Tiere _____	<b>Dauer der unerwünschten Wirkung</b> in Minuten, Stunden oder Tagen
--	---	---	---

**BESCHREIBUNG DES EREIGNISSES**  
*(Nebenwirkung bei Tieren bzw. Menschen/mangelnde Wirksamkeit/Wartezeit/Umweltprobleme)*  
Bitte ebenfalls angeben, ob die unerwünschte Wirkung behandelt wurde, wie und womit und mit welchem Ergebnis?

**ANDERE RELEVANTE ANGABEN (z. B. Kopien über durchgeführte oder laufende Untersuchungen, Kopie des medizinischen Berichts, wenn Menschen betroffen sind)**

**REAKTION BEIM MENSCHEN (In diesem Fall bitte unteres Feld komplett ausfüllen.)**

- Kontakt mit dem behandelten Tier
- Orale Einnahme
- Hautkontakt
- Augenkontakt
- Selbstinjektion  Finger  Hand  Gelenk  andere Stelle
- Sonstiges (absichtlich....)

Höhe der Dosis:

Sofern Sie nicht damit einverstanden sind, dass Ihr Name und Ihre Anschrift für eventuelle Rückfragen an den Arzneimittelhersteller/Tierarzt übermittelt werden, kreuzen Sie bitte dieses Kästchen an.

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_ **Name und Unterschrift des Einsenders:** \_\_\_\_\_

**Kontakt-Telefonnr.** (falls von der auf Seite 1 angegebenen Nummer abweichend)