

ARBEITSBOGEN ARZNEIMITTELRISIKEN

Checkliste zur eigenen Bewertung von UAW-Meldungen bzw. Anfragen, Anlage zum Meldebogen

Art der Meldung:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> AMK Meldung PZ/DAZ: | _____ | <input type="checkbox"/> Fachinfo/Packungsbeilage |
| <input type="checkbox"/> AKdÄ Meldung | <input type="checkbox"/> Patienten-anfrage | <input type="checkbox"/> Industrie (Rote-/Blaue-Hand-Brief) |
| <input type="checkbox"/> Arzt | <input type="checkbox"/> eigene Prüfung | |
| <input type="checkbox"/> Literatur: | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | _____ | |

Arzneimittel in der Apotheke vorhanden: ja nein

Indikation:

UAW-Beschreibung:

Mögliche Risiken:

Eigene Bewertung:

ARBEITSBOGEN ARZNEIMITTELRISIKEN

Checkliste zur eigenen Bewertung von UAW-Meldungen bzw. Anfragen, Anlage zum Meldebogen

Genutzte Literatur:

Produktdaten

Hersteller:	_____	Anschrift:	_____
Lieferant:	_____	Wareneingang:	_____
PZN:	_____	Charge:	_____
Zul. Nr.:	_____	Data Matrix Code:	_____
Darreichungsform:	_____	Packungsgröße:	(N)
Wirkstoff(e)/Menge:	_____		
Verwendbar bis:	_____		

Lagerartikel:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Saisonartikel	<input type="checkbox"/> Kundenwunsch
Lagerort:	<input type="checkbox"/> Freiwahl	<input type="checkbox"/> Sichtwahl	<input type="checkbox"/> Generalalphabet	
	<input type="checkbox"/> Kühlschrank	<input type="checkbox"/> Kühlkette	<input type="checkbox"/> Labor	
	<input type="checkbox"/> Rezeptur	<input type="checkbox"/> Sonstiger Lagerort:	_____	

Rechtliche Eigenschaften

<input type="checkbox"/> verschreibungspflichtig	<input type="checkbox"/> apothekenpflichtig	<input type="checkbox"/> nicht apothekenpflichtig
<input type="checkbox"/> Import-AM	<input type="checkbox"/> BtM	<input type="checkbox"/> Teratogene FAM
<input type="checkbox"/> Tier-AM	<input type="checkbox"/> Transfusionsgesetz	<input type="checkbox"/> Impfstoff
besondere Bestimmungen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Maßnahmen:

Informationsweitergabe:	<input type="checkbox"/> AMK	<input type="checkbox"/> Industrie	<input type="checkbox"/> Ärzte
	<input type="checkbox"/> BfArM	<input type="checkbox"/> TLV	<input type="checkbox"/> Patienten

Landesapothekerkammer Brandenburg | Telefon: 0331-888660 | E-Mail: kammer@lakbb.de | Internet: www.lakbb.de

Der besseren Lesbarkeit und dem allgemeinen Sprachgefühl folgend, verwendet die Landesapothekerkammer Brandenburg für Berufs- und Funktionsbegriffe wie Apotheker, Praktikant usw. einheitlich die geschlechtsneutrale Variante.

(Stand Februar 2020/3)

