

**Meldebogen Unerwünschte  
Arzneimittelwirkungen (UAW)**GE Healthcare Buchler  
GmbH & Co. KG**Meldegründe:**

Nebenwirkungen, Missbrauch, Resistenzbildung, Überdosierung, Fehlgebrauch, Gewöhnung, Abhängigkeit, Ungewöhnliche Verteilung, mangelnde Wirksamkeit

**1. Umgehende Meldung an:**Zentrale Erfassungsstelle (Medizin) in  
München

Fax:

(089) 962 81 - 342

Tel.:

(089) 962 81 - 349/-327/-345/-302

Per Scan an:

uaw.meldung@ge.com

**2. Ausgefülltes Original dieses Meldebogens unverzüglich zurücksenden an:**

GE Healthcare Buchler GmbH &amp; Co. KG

Medizin, Oskar-Schlemmer-Str. 11, 80807 München

**3. Sicherstellung restlicher Packungen und Restlösungen zur Abklärung ursächlicher Zusammenhänge:**Eingesandt an: ja  nein 

GE Healthcare Buchler GmbH &amp; Co. KG

Qualitätskontrolle, Dr. Rainer Suchi, Gieselweg 1, 38110 Braunschweig

**4. Angaben zum Arzneimittel**Name des Arzneimittels bzw.  
Wirkstoffs inklusive Konzentration:

Chargenbezeichnung/Nr.:

bei Kontrastmitteln: verabreichte Menge in ml:bei Radiopharmazeutika: applizierte Aktivität in MBq:

wie verabreicht (z.B. i.a., i.v.):

wann verabreicht:

Datum:

TT

MM

JJJJ

Uhrzeit:

Std.

Min

**5. Indikation für die Gabe des Arzneimittels [Grunderkrankung, Begleiterkrankungen]:****6. Beschreibung der unerwünschten Arzneimittelwirkung (UAW):****7. Angaben zur UAW:**Auftreten der UAW:  
(Datum)

TT

MM

JJJJ

Uhrzeit:

Std.

Min

Ende der UAW:  
(Datum)

TT

MM

JJJJ

Dauer  
der  
UAW:

Tage

Std.

Min.

**8. Zeitraum zwischen Beginn der Applikation und Auftreten der UAW:**

Tage

Std.

Min.



**Meldebogen Unerwünschte  
Arzneimittelwirkungen (UAW)**

GE Healthcare Buchler  
GmbH & Co. KG

**9. Folgen der UAW: (Bitte vollständig ankreuzen!)**

**a. Die UAW war**

lebensbedrohend ja  nein

tödlich ja  nein

**b. Die UAW führte zu**

bleibender, schwerwiegender Behinderung / Invalidität ja  nein

stationärer Behandlung ja  nein

stationärer Behandlung über Nacht ja  nein

Verlängerung einer stationären Behandlung ja  nein

**c. Die UAW ist**

eine kongenitale Anomalie / ein Geburtsfehler  
*(trifft nur zu bei Schädigung des Kindes nach Arzneimittel-Gabe während der Schwangerschaft)* ja  nein

**10. Folgende Therapie zur Behandlung der UAW wurde durchgeführt:**

**Verabreicht i.v.:**

ja  nein

**11. Angaben zum Patienten:**

Initialen: \_\_\_\_\_  
(Nachname/Vorname)

Geschlecht: weiblich  männlich

Geburtsdatum: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_  
TT MM JJJJ

Schwangerschaft: \_\_\_\_\_  
Woche

Größe: |\_|\_|\_| cm

Gewicht: |\_|\_|\_| kg

**12. Derzeitiger Zustand des Patienten aufgrund der UAW:**

Wiederhergestellt

noch nicht wiederhergestellt

Unbekannt

**13. Weitere Angaben**

**14. Übermittelnder Außendienstmitarbeiter (sofern zutreffend):**

Vor- und Nachname:

Telefon-Nr.:

Fax-Nr.:

**15. Meldende Stelle (Praxis / Klinik):**

Vor- und Nachname:

Adresse:

PLZ und Ort:

Telefon-Nr.:

Fax-Nr.:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum - Unterschrift des Arztes / Apothekers

\_\_\_\_\_  
Stempel

**Hinweis:** Geschützte Informationen werden, wie in den internationalen Richtlinien zur Arzneimittelsicherheit gefordert, im Rahmen der weltweiten Erhebung und Meldung von Arzneimittelnebenwirkungen vertraulich behandelt. Persönliche Informationen werden in individuellen Berichten zu Sicherheitsdaten anonymisiert bzw. zurückgehalten.