

Formular zur Meldung unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) von Tierarzneimitteln

Formular zu versenden an

Bundestierärztekammer
Französische Str. 53
10117 Berlin



Tel.: 030 2014338-0
Fax: 030 201433888

E-Mail: geschaeftsstelle@btkberlin.de
www.bundestieraerztekammer.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: 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:	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"/> Finger/Hand <input type="checkbox"/> Anderes: _____	<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	<i>Falls mehr als 3 Arzneimittel verabreicht wurden, bitte dieses Formular kopieren.</i>		
	Arzneimittel 1	Arzneimittel 2	Arzneimittel 3
Handelsname			
Darreichungsform und Stärke z. B. Tabletten 100 mg			
Zulassungsnummer			
Chargennummer (Ch.-B. oder Lot)			
Grund der Behandlung			
Art der Anwendung/ Applikationsort			
Dosierung z. B. 1 Tablette, 2 x täglich			

