

## Formular zur Meldung unerwünschter Ereignisse (UE) nach Anwendung von Tierarzneimitteln oder nach Anwendung von Humanarzneimitteln am Tier

Formular zu versenden an

Bundestierärztekammer  
Französische Str. 53  
10117 Berlin

Telefon: 030 2014338-0  
Fax: 030 2014338-88

E-Mail: [geschaeftsstelle@btkberlin.de](mailto:geschaeftsstelle@btkberlin.de)  
[www.bundestieraerztekammer.de](http://www.bundestieraerztekammer.de)

Gerne können Sie Ihre Meldung auch  
elektronisch auf [www.vet-uaw.de](http://www.vet-uaw.de) eingeben.

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Einsender/-in</b><br><input type="checkbox"/> Tierarzt/-ärztin<br><input type="checkbox"/> Apotheker/-in<br><input type="checkbox"/> Behörde<br><input type="checkbox"/> Tierbesitzer/-in<br><input type="checkbox"/> Andere:<br>_____ | <b>Ihr Name und Ihre Anschrift</b><br><br><br>E-Mail:<br>Tel./Fax: | <b>Name und Anschrift des Tierhalters/<br/>der Tierhalterin (optional)</b> |
|---|--|--|

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

| Angaben zu den verabreichten Arzneimitteln                   |                |                |                |
|--|----------------|----------------|----------------|
|  | Arzneimittel 1 | Arzneimittel 2 | Arzneimittel 3 |
| <b>Handelsname</b>   |                |                |                |
| Darreichungsform und<br>Stärke z. B. <i>Tabletten 100 mg</i> |                |                |                |
| Zulassungsnummer   |                |                |                |
| Chargennummer<br>(Ch.-B. oder Lot)                           |                |                |                |
| Grund der Behandlung   |                |                |                |
| Art der Anwendung/<br>Applikationsort                        |                |                |                |
| Dosierung<br>z. B. <i>1 Tablette, 2 x täglich</i>            |                |                |                |

Falls mehr als 3 Arzneimittel verabreicht wurden, bitte dieses Formular kopieren.

