

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
www.bundestieraerztekammer.de

Gerne können Sie Ihre Meldung auch
elektronisch auf www.vet-uaw.de eingeben.

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

Angaben zu betroffenen Tieren/Personen			
<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: Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbestimmt	Ort der Exposition: <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> Finger/Hand <input type="checkbox"/> Anderes: _____	Weg der Exposition: <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			
	Arzneimittel 1	Arzneimittel 2	Arzneimittel 3
Handelsname			
Darreichungsform und Stärke z. B. <i>Tabletten 100 mg</i>			
Zulassungsnummer			
Chargennummer (Ch.-B. oder Lot)			
Grund der Behandlung			
Art der Anwendung/ Applikationsort			
Dosierung z. B. <i>1 Tablette, 2 x täglich</i>			

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

