

**Meldung über unerwünschte Wirkungen (auch Verdachtsfälle)
durch Traditionelle Chinesische Arzneitherapie**

bitte senden an: CTCA, Dr. med. Axel Wiebrecht, Bundesallee 141, 12161 Berlin,
Fax (030) 8270 4264

Pat. Init.	Geb. datum	Geschlecht m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	Größe (cm)	Gewicht (kg)	ethn. Zugeh.	Schwangersch.- monat: _____
------------	------------	---	------------	--------------	--------------	--------------------------------

Beobachtete unerw. Wirkungen: aufgetreten am: ____ . ____ . ____ Dauer: ____ Tage ____ Wo.

lebensbedrohlich? ja nein

Droge/Arzneimittel: <i>(bitte genaue Bezeichnung)</i>	Art*	Hersteller/Lieferant und Chargennr.	gegeben von: bis:	Tagesdosis <i>(ggfs. von-bis)</i>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

*DrD=Droge als Dekokt, Grn=Granulat, PuL=Pulver in Lösung, Hyd=hydrophiles Konzentrat, Tbl=Tablette,
Kps=Kapsel, Tkt=Tinktur
lok=lokale Anwendung, wo/in welcher Form?: _____

Vermuteter Zusammenhang sicher wahrscheinlich möglich mit Nr(n): _____

Grund:

früher bereits eingenommen Nr.: _____ Dauer: _____

vertragen? ja nein

Risikofaktoren (bitte jeweils erläutern/Mengenangabe): Alkohol Allergien Arzneimittelabusus Diät
Gewichtsabnahme Kontrazeptiva Rauchen Sonstige:

