

Meldung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW)

Sollten während der Einnahme Ihres Arzneimittels unerwünschte Wirkungen auftreten, die Sie mit dem Medikament in Zusammenhang bringen, oder sollten Sie Qualitätsmängel feststellen, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen und mit uns Kontakt aufzunehmen.

Wichtig: Bitte setzen Sie das Medikament **nicht eigenständig ab**, sondern sprechen Sie zuvor mit Ihrer Ärztin bzw Ihrem Arzt oder mit der Löwen Rotpunkt Apotheke.

Ein abruptes Absetzen kann ebenfalls zu unerwünschten Wirkungen führen.

Name / Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse	
PLZ / Ort	
Telefon	
E-Mail	
Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers
Angaben zum Arzneimittel	
Bezeichnung des Arzneimittels:	
Darreichungsform (z.B. Tabletten, Saft, Creme, etc.):	
Packungsgrösse:	
Hersteller / Importeur:	
Chargen-Nummer:	Verfalldatum:
Bezugsdatum:	
Beanstandung der Produktqualität (Deklaration, Verpackung, Zersetzung, Verfärbung, Verwechslung, Trübung, etc.)	
1. Welche Qualitätsmängel haben Sie festgestellt? (z. B. veränderte Farbe, Geruch, Bruch der Tablette, beschädigte Verpackung, falsche Beschriftung etc.)	
2. Wo haben Sie das Arzneimittel gelagert? (z. B. im Kühlschrank, in der Hausapotheke, vor Licht geschützt, bei Raumtemperatur etc.)	
3. Worauf führen Sie die festgestellten Mängel zurück? (Falls Sie eine Vermutung haben, teilen Sie uns diese gerne mit.)	
Hinweis: Bitte senden Sie das betroffene Arzneimittel in der Originalverpackung zur Prüfung an die Löwen Rotpunkt Apotheke zurück.	

Meldung unerwünschter Arzneimittelwirkungen**1. Welche unerwünschten Wirkungen sind bei Ihnen aufgetreten?**

(Bitte beschreiben Sie die Beschwerden so genau wie möglich, z. B. Art der Beschwerden, Stärke, Zeitpunkt des Auftretens, Dauer, etc.)

2. In welcher Dosierung haben Sie das Arzneimittel eingenommen bzw. angewendet?

(z. B. 1 Tablette morgens und abends à 500 mg)

3. Seit wann nehmen Sie das Arzneimittel ein bzw. wenden es an?

(Datum oder Zeitraum, z. B. seit dem 10.03.2025 oder seit 2 Wochen)

4. Welche weiteren Arzneimittel nehmen bzw. nahmen Sie gleichzeitig ein oder haben Sie kürzlich eingenommen bzw. angewendet?

(Bitte auch rezeptfreie Medikamente, pflanzliche Präparate oder Nahrungsergänzungsmittel angeben)

Nehmen Sie das Arzneimittel trotz Nebenwirkungen weiterhin ein?

☐ Ja ☐ Nein

Datum**Unterschrift****Interne Beurteilung durch die Apotheke**

(durch die verantwortliche Apothekerin auszufüllen)

Massnahmen _____

Beurteilung _____

Weiterleitung der Meldung an zuständige Behörde ☐ Swissmedic ☐ Kanton

Ausgefüllt durch _____ (Visum Apotheker:in) Datum _____ (TT.MM.JJJJ)