




Anlage <b>Meldung Verdacht Schwerwiegende unerwünschte Reaktion beim Empfänger</b>	Code <b>8-FB-CON110-AL-1- V. 09</b>	Gültig ab 30.06.2025	Gültig bis 29.06.2027	
---	--	-------------------------	--------------------------	--

**11. Datum der OP**

\_\_\_\_\_  
Datum (TT.MM.JJJJ)

**12. Angaben zur schwerwiegenden unerwünschten Reaktion**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**13. Datum des Auftretens der Reaktion**

\_\_\_\_\_  
Datum (TT.MM.JJJJ)

**14. Datum Ende der Reaktion**

\_\_\_\_\_  
Datum (TT.MM.JJJJ)

**15. Ausgang der Reaktion**

- wiederhergestellt                       wiederhergestellt mit Folgeschäden
- Tod    Todesursache: \_\_\_\_\_

**16. Verlauf und Therapie**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(ggf. formloses Dokument als Bericht oder Arztbrief beifügen)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Meldenden



**Stempel Krankenhaus, Klinik, Praxis,  
Apotheke**