

Bericht über Medikationsfehler



Eingangsvermerk

(auch Verdachtsfälle)

an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
(AkDÄ) gemäß der Berufsordnung für Ärzte

Postfach 120864 • 10598 Berlin

Fax: 030 / 400456-555 • Tel.: 030 / 400456-500 • www.akdae.de

Patient / in	
Initialen	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
Geschlecht	Schwangerschaft
<input type="text"/> w <input type="text"/> m	<input type="text"/> . Monat
Gewicht	Größe
<input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm

Beschreibung des Medikationsfehlers (Ursache) und der Nebenwirkung (Folge)	
(z. B. falscher Applikationsweg (i.v. statt i.m.), anschließende Atemnot)	
Fehler aufgetreten am . . . Dauer der Nebenwirkung	

Betroffene(s) Arzneimittel (genaue Bezeichnung/Darreichungsform/PZN/Ch.-B.)	Applikation	Dosierung	Dauer der Anwendung von	bis	Indikation
1					
2					
3					

Fallrelevante Begleiterkrankungen und Befunde (z.B. Allergien, Leber-/Niereninsuffizienz)

Schweregrad des Ereignisses
<input type="checkbox"/> kein Schaden
<input type="checkbox"/> nicht schwerwiegender Schaden
<input type="checkbox"/> stationäre Behandlung notwendig
<input type="checkbox"/> stationäre Behandlung verlängert
<input type="checkbox"/> lebensbedrohlicher Schaden
<input type="checkbox"/> bleibender Schaden
<input type="checkbox"/> angeborener Schaden
<input type="checkbox"/> medizinisch relevanter Schaden
<input type="checkbox"/> Tod (Sektion: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein)

Gab es Faktoren, die das Entstehen des Medikationsfehlers begünstigt haben? (Bitte kurz erläutern.)
<input type="checkbox"/> bezogen auf das Arzneimittel (z.B. Produktinformation nicht eindeutig):
<input type="checkbox"/> von Seiten des Patienten (z.B. eingeschränkte Sehfähigkeit):
<input type="checkbox"/> von Seiten des Personals (z.B. mangelnde Ausbildung):
<input type="checkbox"/> im direkten Arbeitsumfeld/-ablauf (z.B. unzureichende Ausstattung):
<input type="checkbox"/> auf organisatorischer Ebene (z.B. Schnittstellenproblem):

Ausgang des Ereignisses
<input type="checkbox"/> ohne Schaden erholt <input type="checkbox"/> bleibender Schaden
<input type="checkbox"/> noch nicht erholt <input type="checkbox"/> tödlich
<input type="checkbox"/> gebessert <input type="checkbox"/> unbekannt

Empfehlung zur Fehlervermeidung
Anregungen zum Berichtsbogen

**Ihre Kontaktangaben werden für etwaige Rückfragen benötigt und gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen behandelt.
Bei schweren UAW ist das Beilegen des pseudonymisierten Arztbriefes hilfreich.**

Name:	Tätigkeit: <input type="checkbox"/> Klinik	Datum:
Fachrichtung:	<input type="checkbox"/> niedergelassen	
Anschrift:	<input type="checkbox"/> Sonstiges	
Telefonnummer:		
E-Mail:		
<input type="checkbox"/> anonyme Meldung (Bitte geben Sie Ihre Fachrichtung/Tätigkeit an. Das Ausfüllen des Formulars "MF-Berichtsbogen Zusatzinformationen" wäre hilfreich.)	Unterschrift	