

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

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		Indikation
			von	bis	
1					
2					
3					

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)	
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 	

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