

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		Beschreibung des Medikationsfehlers (Ursache) und der Nebenwirkung (Folge)		
Initialen	Geburtsdatum	(z. B. falscher Applikationsweg (i.v. statt i.m.), anschließende Atemnot)		
Geschlecht	Schwangerschaft			
<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> . Monat		
Gewicht	Größe			
<input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> cm			
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.)		Ausgang des Ereignisses
<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):		<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:	Klinik	Datum:
Fachrichtung:		<input type="checkbox"/> niedergelassen	
Anschrift:		<input type="checkbox"/> Sonstiges	
Telefonnummer:			
E-Mail:			
Unterschrift			
<input type="checkbox"/> anonyme Meldung (Bitte geben Sie Ihre Fachrichtung/Tätigkeit an. Das Ausfüllen des Formulars "MF-Berichtsbogen Zusatzinformationen" wäre hilfreich.)			