

Meldung einer unerwünschten Wirkung unter Chinesischer Arzneitherapie

(auch Verdachtsfälle) bitte senden an: *Centrum für Therapiesicherheit in der Chin. Arzneitherapie*
CTCA – c/o Praxis Dr. med. Yumiko L. von Hasselbach - Franz-Joseph-Straße 38, 80801 München
- info@ctca.center

Pat. Init. Geb. datum Geschlecht Größe (cm) Gewicht (kg) ethn. Zugeh. Schwangersch.-
monat:
 w m d

Beobachtete unerw. Wirkungen: aufgetreten am: Dauer: Tage Wo

lebensbedrohlich? ja nein

Droge/Arzneimittel:

(bitte genaue Bezeichnung)

	Art*	Tagesdosis (ggfs. von-bis)
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

*DrD=Droge als Dekokt, Grm=Granulat, PuL=Pulver in Lösung, Hyd=hydrophiles Konzentrat, Tbl=Tablette, Kps=Kapsel, Tkt=Tinktur

lok=lokale Anwendung, wo/in welcher Form?:

Hersteller/Lieferant :

Vermuteter Zusammenhang

- sicher wahrscheinlich möglich

mit Nr(n):

Grund:

früher bereits eingenommen Nr.:

Dauer:

Tage

vertragen? ja nein

Grund:

Risikofaktoren (bitte jeweils erläutern/Mengenangabe):

- Alkohol Allergien Arzneimittelabusus Diät Gewichtsabnahme Kontrazeptiva
 Leberbelastung Leberinsuffizienz Niereninsuffizienz Rauchen Sonstiges

Westliche Arzneimittel:

(in zeitlichem Zusammenhang verabreicht)

Art

Tagesdosis

(ggfs. von-bis)

1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

lok=lokale Anwendung, wo/in welcher Form?:

Behandlungsdiagnose(n) n. TCM und westlich:

Begleitdiagnose(n), n. TCM und westlich:

Verlauf und Therapie:

Reexposition? ja nein

Verlauf?

Ausgang der unerwünschten Wirkung:

wiederhergestellt wiederhergestellt mit Defekt noch nicht wiederhergestellt

unbekannt Exitus Sektion: ja nein

Weitere Bemerkungen/nähere Erläuterungen:

(Möglichst weitere Unterlagen, z.B. Befunde, Arztberichte anonymisiert beilegen)

Wer wurde zusätzlich informiert:

Können die Informationen (ohne Nennung des Behandlers) weitergegeben werden? ja nein

**Name des
Berichtenden:**
(ggfs. Stempel)

Tel:

Berufsbezeichnung:

Datum:

Anschrift:

Klinik:

Email:

Unterschrift/ Name