

## Formular zur Meldung unerwünschter Ereignisse (UE) nach Anwendung von Tierarzneimitteln oder nach Anwendung von Humanarzneimitteln am Tier

Formular zu versenden an

Bundesamt für Verbraucherschutz und  
Lebensmittelsicherheit (BVL)  
Abteilung Tierarzneimittel, Referat 316/Pharmakovigilanz  
Mauerstraße 39-42  
10117 Berlin

E-Mail: [uaw@bvl.bund.de](mailto:uaw@bvl.bund.de)  
Servicetelefon (9:00-14:00): 030 18444-30444

[www.bvl.bund.de](http://www.bvl.bund.de)  
Fax: 030 18444-30409

Gerne können Sie Ihre Meldung auch  
elektronisch auf [www.vet-uaw.de](http://www.vet-uaw.de) eingeben.

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Einsender/-in</b><br><input type="checkbox"/> Tierarzt/-ärztin<br><input type="checkbox"/> Apotheker/-in<br><input type="checkbox"/> Behörde<br><input type="checkbox"/> Tierbesitzer/-in<br><input type="checkbox"/> Andere:<br>_____ | <b>Ihr Name und Ihre Anschrift</b><br><br><br><br>E-Mail:<br>Tel./Fax: | <b>Name und Anschrift des Tierhalters/<br/>der Tierhalterin</b><br><br><br><br> |
|---|--|---|

| Angaben zu betroffenen Tieren/Personen |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Tier</b>   |  |  |  |
| TIER                                   | Tierart:<br>Rasse:<br>Alter:<br>Gewicht:   | Geschlecht:<br><input type="checkbox"/> weiblich<br><input type="checkbox"/> weiblich kastriert<br><input type="checkbox"/> unbekannt              | Status:<br><input type="checkbox"/> tragend<br><input type="checkbox"/> laktierend   |
|  | Anzahl behandelter Tiere: _____  | Anzahl reagierender Tiere: _____   | Anzahl toter Tiere: _____  |
|  | Gesundheitszustand vor der Behandlung/<br>Vorerkrankungen:                         |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Mensch</b> |  |  |  |
| MENSCH                                 | Alter:   | Ort der Exposition:  | Weg der Exposition:  |
|  | Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich<br><input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> Haut<br><input type="checkbox"/> Augen<br><input type="checkbox"/> Finger/Hand<br><input type="checkbox"/> Anderes: _____ | <input type="checkbox"/> Kontakt mit dem behandelten Tier<br><input type="checkbox"/> Kontakt mit dem Medikament<br><input type="checkbox"/> Orale Einnahme<br><input type="checkbox"/> Selbstinjektion<br><input type="checkbox"/> Sonstiges (z. B. beabsichtigte Exposition) |
|  | Status: <input type="checkbox"/> schwanger<br><input type="checkbox"/> stillend    | Höhe der Dosis:  |  |
|  | Arztbesuch nötig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein        |  |  |

| Angaben zu den verabreichten Arzneimitteln                   | <i>Falls mehr als 3 Arzneimittel verabreicht wurden, bitte dieses Formular kopieren.</i> |                |                |
|--|--|----------------|----------------|
|  | Arzneimittel 1   | Arzneimittel 2 | Arzneimittel 3 |
| <b>Handelsname</b>   |  |                |                |
| Darreichungsform und<br>Stärke z. B. <i>Tabletten 100 mg</i> |  |                |                |
| Zulassungsnummer   |  |                |                |
| Chargennummer<br>(Ch.-B. oder Lot)                           |  |                |                |
| Grund der Behandlung   |  |                |                |
| Art der Anwendung/<br>Applikationsort                        |  |                |                |
| Dosierung<br>z. B. <i>1 Tablette, 2 x täglich</i>            |  |                |                |

