Meldung unerwünschter Wirkungen durch Angehörige der Gesundheitsberufe

oder Endnutzer nach der Verwendung eines kosmetischen Mittels

Bitte bewahren Sie das/die kosmetische(n) Mittel, das/die von der festgestellten Nebenwirkung betroffen ist/sind, mindestens 3 Monate lang auf.

|  |  |
| --- | --- |
| Anmelder  Name, Vorname:  Beruf: Arzt, Apotheker, Zahnarzt  Sonstiges (bitte angeben):  Anschrift:  Telefon:  E-Mail:  Datum der Erstellung des Datenblatts: | Nutzer  Initialen:  Alter:  Geschlecht:  F  M  Laufende Schwangerschaft: Ja  Nein  Beruf: |
| Exposition gegenüber dem Produkt  Gewerbliche Verwendung  Verwendung  Mißbrauch |
| **Produkt** Los-Nr.:  Vollständige Bezeichnung:  Unternehmen/Marke:  Verwendung/Funktion des Produkts:  Kaufort: |
| Lokalisation der Nebenwirkung  Anwendungsgebiet des Produkts  Fernreaktion aus dem Anwendungsgebiet  Haut  Bitte geben Sie die betroffene(n) Körperzone(n) an:  Nägel  Haare  Zähne  Augen  Schleimhäute: Okular\*; Vorhofflimmern\*; Nase\*; Mundhöhle\*; Pharynx\*; Lunge\*; Genitalbereich\*; anal\* *(\*umgeben Sie die richtige Antwort)* |
| Verwendung  Datum der ersten Verwendung des Produktes:  Nutzungshäufigkeit (pro Tag/pro Woche/pro Monat):  Datum des Auftretens der Nebenwirkung: |
| Begleitende Zeichen:  Atemwege  Verdauungstrakt  allgemein  neurologische  Falls nicht, bitte angeben: |
| Folgen der Nebenwirkung  Apothekerkonsultation  Arztkonsultation  Zahnarztbesuch  Soziale Unannehmlichkeiten (angeben):  Arbeitsniederlegung  dringender medizinischer Eingriff (angeben):  Krankenhausaufenthalt  Folgen, Invalidität oder Unfähigkeit  Sonstiges (angeben): |
| **Gegebenenfalls Diagnose durch den Arzt/Zahnarzt:** |
| Beschreibung und Zeit bis zum Auftreten der Nebenwirkung: | |

|  |
| --- |
| Von der medizinischen Fachkraft auszufüllen, die die unerwünschte Wirkung festgestellt hat |
| Vorgeschichte der von der Nebenwirkung betroffenen Person:  Allergien (angeben):  Bestätigung durch Tests (angeben):  Hauterkrankungen (angeben):  Andere Erkrankungen (angeben):  Entwicklung der Nebenwirkung:  Spontane Lösung beim Stoppen der Anwendungen:  Ja  Nein  Wenn ja, innerhalb welcher Frist?  Durchführung einer symptomatischen Behandlung:  Ja  Nein  Wenn ja, welche?  **Mögliche Nebenprodukte:** (andere kosmetische Mittel, Arzneimittel, Nahrungsergänzungsmittel usw.):  Angabe der Handelsbezeichnungen  Allergologische Untersuchung:   1. Test(e) an dem/den von der unerwünschten Reaktion betroffenen Endprodukt(en):  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Geprüfte(s) Produkt(e) | Verwendete Methode(n) | Leseverzögerung | Ergebnisse | Anmerkungen | |  |  |  |  |  |  1. Angaben zu mutmaßlichen Zutaten oder Allergenen:  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Allergen(e) | Verwendete Methode(n) | Leseverzögerung | Ergebnisse | Anmerkungen | |  |  |  |  |  |  1. Wiedereinführungstest:   Wurde das Produkt erneut aufgetragen?  Ja  Nein  Wenn ja, ist die unerwünschte Wirkung erneut aufgetreten?  Ja  Nein  Schlussfolgerungen:  Gibt es Ihrer Meinung nach einen Kausalzusammenhang zwischen der festgestellten Wirkung und dem betreffenden kosmetischen Mittel?  Ja  Nein  Vielleicht  Andere mögliche Ursache(n):  Anmerkungen: |