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.

|  |  |
| --- | --- |
| AnmelderName, Vorname:Beruf: Arzt, Apotheker, Zahnarzt Sonstiges (bitte angeben): Anschrift:Telefon: E-Mail: Datum der Erstellung des Datenblatts:  | NutzerInitialen: Alter: Geschlecht: [ ]  F [ ]  MLaufende 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)* |
| VerwendungDatum der ersten Verwendung des Produktes: Nutzungshäufigkeit (pro Tag/pro Woche/pro Monat): Datum des Auftretens der Nebenwirkung: |
| Begleitende Zeichen:[ ]  Atemwege [ ]  Verdauungstrakt[ ]  allgemein [ ]  neurologischeFalls 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 [ ]  NeinWenn ja, innerhalb welcher Frist?Durchführung einer symptomatischen Behandlung: [ ]  Ja [ ]  NeinWenn ja, welche?**Mögliche Nebenprodukte:** (andere kosmetische Mittel, Arzneimittel, Nahrungsergänzungsmittel usw.):Angabe der HandelsbezeichnungenAllergologische 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 [ ]  NeinWenn ja, ist die unerwünschte Wirkung erneut aufgetreten? [ ]  Ja [ ]  NeinSchlussfolgerungen:Gibt es Ihrer Meinung nach einen Kausalzusammenhang zwischen der festgestellten Wirkung und dem betreffenden kosmetischen Mittel? [ ]  Ja [ ]  Nein [ ]  VielleichtAndere mögliche Ursache(n): Anmerkungen: |