

Bericht über unerwünschten Arzneimittelwirkungen oder Sicherheitsbedenken

Datum des Berichts:

Initialen des Patienten:

Alter des Patienten:

Geschlecht des Patienten:

Produkt:

Haben Sie irgendwelche unerwünschte Arzneimittelwirkungen erlebt?

- J / N
- Wenn die Antwort ja ist, bitte beschreiben *:

Wann ist das passiert?

Haben Sie einen Arzt konsultiert?

- J / N
- Wenn die Antwort ja ist, erwähnen Sie bitte die vorgeschlagene Diagnose:

Haben Sie Ihre Behandlung beendet?

- J / N

Sind Sie damit einverstanden, von einem Stallergenes-Experten kontaktiert zu werden, um diesen Bericht zu besprechen?

- J / N
 - Wenn die Antwort ja ist, geben Sie uns bitte Ihre Kontaktdaten an:
-