

10. Datum Ende der vermuteten schwerwiegenden unerwünschten Reaktion

Datum (TT.MM.JJJJ)

11. Art der vermuteten schwerwiegenden unerwünschten Reaktion

12. Verlauf und Therapie

13. Klinisches Ergebnis

Wieder herstellt Wiederhergestellt mit Folgeschäden

Tod Todesursache_____

Datum

Name und Unterschrift des Meldenden

**Stempel Krankenhaus, Klinik, Praxis,
Apotheke**