



MELDEFORMULAR FÜR UNERWÜNSCHTE REAKTIONEN NACH DER VERWENDUNG EINES NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTELS, EINES NEUARTIGEN LEBENSMITTELS, EINES LEBENSMITTELS FÜR SPEZIELLE GRUPPEN ODER EINES ANGEREICHERTEN LEBENSMITTELS

Datum der Meldung :

1° Informationen über den Registranten :

Erklärung von : Bürger Arzt Pharmazeut Unternehmen/Gesellschaft¹ Andere :

Name : Anschrift :

Postleitzahl : Stadt : Telefon² :

E-mail² :

¹Unternehmen/Gesellschaft = Operator, definiert durch den Königliche Erlass über die Meldung von unerwünschten Wirkungen im Zusammenhang mit der Verwendung von Lebensmitteln.

²Telefon oder E-mail **müssen** angegeben werden.

2° Informationen über den Verbraucher :

Erster Buchstabe des Nachnamens* : Erster Buchstabe des Vornamens* : Geschlecht : W M X

Alter :

- Kleinkind : 0-6 Monate ; 7-12 Monate
- Kind : 1-3 Jahre ; 4-6 Jahre ; 7-11 Jahre ; 12-14 Jahre ; 15-18 Jahre
- Erwachsener : 19-70 Jahre ; >70 Jahre

Schwangerschaft : Ja Nein Weiß nicht

Krankengeschichte :

(Vorgeschichte(n), Faktor(en) oder alle relevanten medizinischen Informationen, die mit dem Auftreten der Nebenwirkung in Zusammenhang stehen könnten).

3° Umkämpftes Produkt(e) :

	Produkt 1	Produkt 2	Produkt 3
Handelsname *	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Brand	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unternehmen/Gesellschaft	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Chargennummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Funktion	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zusammenstellung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kauf	Lebensmittelgeschäft Apotheke Internet Andere :	Lebensmittelgeschäft Apotheke Internet Andere :	Lebensmittelgeschäft Apotheke Internet Andere :
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Konsum Begin	<input type="text"/> <i>Mindestens Monat und Jahr.</i>	<input type="text"/> <i>Mindestens Monat und Jahr.</i>	<input type="text"/> <i>Mindestens Monat und Jahr.</i>
Konsum Ende	<input type="text"/> <i>Mindestens Monat und Jahr.</i>	<input type="text"/> <i>Mindestens Monat und Jahr.</i>	<input type="text"/> <i>Mindestens Monat und Jahr.</i>
Dosis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sind die Wirkungen verschwunden, als die Anwendung beendet wurde ?	Ja Nein Weiß nicht	Ja Nein Weiß nicht	Ja Nein Weiß nicht
Wurde das Product erneut verwendet ?	Ja Nein Weiß nicht	Ja Nein Weiß nicht	Ja Nein Weiß nicht
Sind die Wirkungen zurückgekehrt ?	Ja Nein Weiß nicht	Ja Nein Weiß nicht	Ja Nein Weiß nicht

4° Beschreibung der unerwünschten Nebenwirkungen :

Datum des Beginns des Auftretens der Nebenwirkungen : *Mindestens Monat und Jahr.*

Dauer der Symptomen :

Beschreibung und Entwicklung der Symptomen* :

5° Verbundene(r) Verbrauch(e) :

	Produkt 1	Produkt 2	Produkt 3
Name des Produkts *	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Produktart	Arzneimittel Nahrungsergänzungsmittel Alkohol Tabak Droge Andere :	Arzneimittel Nahrungsergänzungsmittel Alkohol Tabak Droge Andere :	Arzneimittel Nahrungsergänzungsmittel Alkohol Tabak Droge Andere :
Menge	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kommentar(en)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6° Mögliche Kommentare :

Dem Formular können Dokumente beigefügt werden (Etikett des Produkts, medizinische Analyse(n), Foto(s)...).

(*) Pflichtfelder

Die Daten werden vertraulich behandelt.

DANKE FÜR IHRE ERKLÄRUNG.

Bitte zurücksenden an : nutrivigilance@health.fgov.be oder an die Anschrift : Avenue Galilée 5/2 B-1210 Brüssel.