

**Bericht über vermutete unerwünschte Wirkungen von immunologischen Arzneimitteln**

Tierart: ..... Geschlecht: ..... Alter: .....

Rasse: ..... Identifikation/Name/MM: .....

Besitzer: ..... Adresse:.....

PLZ: ..... Ort:.....

**Beschreibung der aufgetretenen unerwünschten Wirkungen**

Symptomatik: .....  
 .....

aufgetreten am: ..... Dauer:.....

Therapie: .....  
 .....

Verlauf: .....  
 .....

Endzustand: .....  
 (weitere Angaben auf Beiblatt oder Rückseite)

**Impfanamnese** (wenn vorhanden, Kopie des Impfausweises beilegen)

| Datum der Impfung | Impfstoff (Markenname) | Batch Nr. | Dosis | Applikationsart |
|-------------------|------------------------|-----------|-------|-----------------|
|                   |                        |           |       |                 |
|                   |                        |           |       |                 |
|                   |                        |           |       |                 |
|                   |                        |           |       |                 |

**weitere verabreichte Arzneimittel**

| Datum der Applikation | Produkt | ev.Batch Nr. | Dosis | Applikationsart |
|-----------------------|---------|--------------|-------|-----------------|
|                       |         |              |       |                 |
|                       |         |              |       |                 |

wurde die Vertriebsfirma informiert?  ja  nein

Ort: ..... Datum: .....

Unterschrift:..... Stempel: .....