

**Meldung einer unerwünschten Wirkung unter Chinesischer Arzneitherapie**

(auch Verdachtsfälle) bitte senden an: *Centrum für Therapiesicherheit in der Chin. Arzneitherapie*  
CTCA – c/o Praxis Dr. med. Yumiko L. von Hasselbach - Franz-Joseph-Straße 38, 80801 München  
- [info@ctca.center](mailto:info@ctca.center)

Pat. Init.      Geb. datum      Geschlecht      Größe (cm)      Gewicht (kg)      ethn. Zugeh.      Schwangersch.-  
monat:

w  m  d

**Beobachtete unerw. Wirkungen:**      aufgetreten am:       Dauer:  Tage  Wo

lebensbedrohlich?  ja  nein

**Droge/Arzneimittel:**

(bitte genaue Bezeichnung)

1.	Art*	Tagesdosis (ggfs. von-bis)
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		

15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		

\*DrD=Droge als Dekokt, Grn=Granulat, PuL=Pulver in Lösung, Hyd=hydrophiles Konzentrat, Tbl=Tablette, Kps=Kapsel, Tkt=Tinktur

lok=lokale Anwendung, wo/in welcher Form?:

Hersteller/Lieferant :

**Vermuteter Zusammenhang**  sicher  wahrscheinlich  möglich mit Nr(n):

Grund:

früher bereits eingenommen Nr.:  Dauer:  Tage

vertragen?  ja  nein

Grund:

**Risikofaktoren** (bitte jeweils erläutern/Mengenangabe):

- Alkohol  Allergien  Arzneimittelabusus  Diät  Gewichtsabnahme  Kontrazeptiva
- Leberbelastung  Leberinsuffizienz  Niereninsuffizienz  Rauchen  Sonstiges

**Westliche Arzneimittel:**  
(in zeitlichem Zusammenhang verabreicht)

	Art	Tagesdosis (ggfs. von-bis)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

lok=lokale Anwendung, wo/in welcher Form?:

**Behandlungsdiagnose(n) n. TCM und westlich:**

**Begleitdiagnose(n), n. TCM und westlich:**

**Verlauf und Therapie:**

Reexposition?  ja  nein

Verlauf?

**Ausgang der unerwünschten Wirkung:**

- wiederhergestellt  wiederhergestellt mit Defekt  noch nicht wiederhergestellt  
 unbekannt  Exitus Sektion:  ja  nein

**Weitere Bemerkungen/nähere Erläuterungen:**

(Möglichst weitere Unterlagen, z.B. Befunde, Arztberichte anonymisiert beilegen)

**Wer wurde zusätzlich informiert:**

**Können die Informationen (ohne Nennung des Behandlers) weitergegeben werden?  ja  nein**

**Name des Berichtenden:  
(ggfs. Stempel)**

**Tel:**

**Berufsbezeichnung:**

**Datum:**

**Anschrift:**

**Klinik:**

**Email:**

**Unterschrift/ Name**