





## Meldung über den Verdacht einer Nebenwirkung (NW) oder sonstigen PV-relevanten Information

bitte senden/faxen an:

123 Acurae Pharma GmbH, Heinz-Lohmann-Straße 1, 27472 Cuxhaven, Fax.: 04721 – 5909 111

<b>Meldende Person ist:</b>	<input type="checkbox"/> Patient/-in	<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> Kranken- schwester/Pfleger	<input type="checkbox"/> Apotheker/-in	<input type="checkbox"/> Betreuer/ kein(e) Angehörige(r) der Heilberufe	<input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte angeben:
-----------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--	--	---	---

Stimmen Sie einer Kontaktaufnahme mit Ihnen oder Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin durch die Arzneimittelsicherheit von 123 Acurae Pharma GmbH zu?  ja  nein

**Kontaktinformation der meldenden Person oder des behandelnden Angehörigen der Heilberufe.**

*Falls keine Zustimmung zur Weitergabe personenbezogener Daten vorliegt, tragen Sie bitte "Kontakt verweigert" ein*

**Meldende Person:**

Vorname	Nachname	E-Mail	Telefonnummer	Faxnummer	Anschrift

**Behandelnder Angehörige(r) der Heilberufe (auszufüllen, falls anders als meldende Person):**

Vorname	Nachname	E-Mail	Telefonnummer	Faxnummer	Anschrift

**Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular zurück an:**

123 Acurae Pharma GmbH  
Heinz-Lohmann-Straße 1  
27472 Cuxhaven  
Tel.: 04721 – 606 123  
Fax.: 04721 – 5909 111  
E-Mail: [info@123Acurae.de](mailto:info@123Acurae.de)  
Internet: [www.123acurae.de](http://www.123acurae.de)

