

***Pflichtangaben**

1. ANGABEN ZUM BETROFFENEN VERBRAUCHER

1.1 Alter beim Auftreten der Reaktion: [] Geburtsjahr: * [] 1.2 Geschlecht: * M W unbekannt

Initialen des Vor-/Nachnamens: * []

1.3 Bei weibl. Patienten: Ist die Patientin schwanger zum Zeitpunkt der Reaktion?

unbekannt nein ja, bitte Gestationswoche angeben [] Wochen

1.4 Bekannte Allergien

1.5 Vorerkrankungen der Haut

1.6 Sonstige Vorerkrankungen

1.7 Hauttyp

- normal
- trocken
- fettig/ölig
- Mischhaut
- Sonstige: []

1.8 Lichtempfindlichkeit

- Hauttyp I (Keltischer Typ)
- Hauttyp II (Nordischer Typ)
- Hauttyp III (Europäisch dunkler Typ)
- Hauttyp IV (Mediterran hell)
- Hauttyp V (Mediterran dunkler, asiatischer Typ)
- Hauttyp VI (Negroider Typ)

1.9 Sonstiges (z.B. spezifische klimatische Bedingungen oder bestimmte Exposition wie z.B. Sonnenbad, Laserbehandlung im betroffenen Bereich etc.)

2. INFORMATIONEN ZUM PRODUKT, DAS VERMUTLICH AUSLÖSER DER UNERWÜNSCHTEN WIRKUNG WAR

2.1 Produkt-Name* []

2.2 Firma (Hersteller/Importeur)* []

2.3 Referenznummer/Chargennummer []

2.4 Sonstige Produktmerkmale (MHD...) []

2.5 Anwendung erfolgte privat im Rahmen einer Dienstleistung (z.B. Friseur, Kosmetiker)

2.6 Weitere in Frage kommende kosmetische Mittel []

2.7 Andere zeitgleich neu verwendete Produkte (Nahrungsergänzungsmittel, Waschmittel...) []

2.8 Andere zeitgleich eingenommene Medikamente []

3. ANGABEN ZUR ANWENDUNG DES PRODUKTES

3.1 Datum des ersten Gebrauchs (in Ziffern)

[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
T	T	M	M	J	J	J	J

3.2 Gebrauch abgebrochen am (Ziffern)

[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
T	T	M	M	J	J	J	J

- wird noch weiter verwendet
- nicht bekannt

3.3 Gebrauchshäufigkeit [] mal pro Tag Woche Monat Jahr

3.4 Anwendungsstelle(n) Kopfhaut Haar Augen Zähne Nägel Lippen

Schleimhaut, und zwar: [] Sonstige, und zwar: []

***Pflichtangaben**

3.5 Wurde das Produkt nach Auftreten der ersten unerwünschten Wirkung erneut verwendet?

- nein
 ja aber ohne Probleme
 mit den gleichen bzw. stärkeren Problemen
 unbekannt

4. Angaben zur unerwünschten Wirkung

4.1 Ärztliche Diagnose liegt vor nein, ein Arzt wurde nicht aufgesucht

ja, sie lautet wie folgt:

ja, siehe Anlage

4.2 Beschreibung der Symptome*

4.3 Start der unerwünschten Wirkung (in Ziffern)*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

4.4 Ende der unerwünschten Wirkung (in Ziffern)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

4.5 Ort des Auftretens der unerwünschten Wirkung am Körper

Kopfhaut Haar Augen Zähne Nägel Lippen

Schleimhaut, und zwar:

Sonstige, und zwar:

Unerwünschte Wirkung im Anwendungsbereich des Mittels

Unerwünschte Wirkung außerhalb des Anwendungsbereichs des Mittels

Zeit zwischen Gebrauchsbeginn und Auftreten der ersten Symptome

Minuten Stunden Tage Monate

Zeit zwischen den letzten Gebrauch und Auftreten der ersten Symptome

Minuten Stunden Tage Monate

Behandlung (Arzneimittel)

5. WELCHE SONSTIGEN FOLGEN HATTE DIE ANWENDUNG?*

vorübergehende (Tage) oder dauerhafte Funktionseinschränkung:

Behinderung zu %

Krankenhausaufenthalt/oder -verlängerung ambulante Behandlung / stationärer Aufenthalt: Tag(e)

angeborenen Anomalien, festgestellt in der Schwangerschaft nach der Geburt

unmittelbare Lebensgefahr

Tod am

6. ERGEBNIS DES AUFTRETENS DER UNERWÜNSCHTEN WIRKUNG

Genesung Wenn genesen, bitte Zeit bis zur Genesung angeben:

Besserung Nachwirkungen Andauernde Wirkung Nicht bekannt Sonstiges:

