



Zusammensetzung der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein Wahlperiode 2009 – 2014

Dr. med. Thorsten Schmidt - Wahlvorschlag (Liste) Nr. 8 „Marburger Bund Aachen-Düren-Heinsberg“ Regierungsbezirk Köln - ist aus dem Kammerbereich der Ärztekammer Nordrhein zum 1.7.2010 ausgeschieden und somit nicht mehr Mitglied der Kammerversammlung.

Gemäß § 17 Heilberufsgesetz NRW in der Fassung vom 20. November 2007 gebe ich folgende Ersatzfeststellung bekannt:

Als Mitglied in die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein ist nachgerückt:

Dr. med. Werner Richard Birtel
Im Tempel 4
52249 Eschweiler

Dr. med. Tilmann Dieterich
Hauptwahlleiter

Zusammensetzung der Kreisstellenvorstände der Ärztekammer Nordrhein Wahlperiode 2009 – 2014

Gemäß § 21 Abs. 9 und § 22 Abs. 3 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kreisstellenvorständen der Ärztekammer Nordrhein vom 19.4.2008 gebe ich nachstehend folgende Ersatzfeststellungen bekannt, die nach dem Ausscheiden von Mitgliedern eingetreten sind:

Kreisstelle Stadtkreis Aachen

Für

Dr. med. Stefan Alexander Lucas, Aachen
Wahlvorschlag (Liste) Nr. 1 „Marburger Bund“

ist aufgrund des Wahlvorschlags

Prof. Dr. med. Wilfried Hunold
Maria-Theresia-Allee 70
52074 Aachen

in den Vorstand der Kreisstelle Stadtkreis Aachen der Ärztekammer Nordrhein nachgerückt.

Kreisstelle Duisburg

Für

Dr. med. PD Dr. med. Matthias Korell
Wahlvorschlag (Liste) Nr. 1 „Marburger Bund“

ist aufgrund des Wahlvorschlags

Dr. med. Wolfgang Panter
Pestalozzistraße 35 a
4074 Langenfeld

in den Vorstand der Kreisstelle Duisburg der Ärztekammer Nordrhein nachgerückt.

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe
Präsident

Neuer Berichtsbogen über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)

(Weitere Informationen siehe auch Sicherer verordnen Folge 221, Seite 11)

Der nebenstehendem neue Berichtsbogen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) im PDF-Format soll Ärztinnen und Ärzte dabei unterstützen, einer Berufspflicht nachzukommen. Denn nach § 6 der Berufsord-

nung sollen sie alle aus ihrer ärztlichen Behandlungstätigkeit bekannt werden. UAW an die AkdÄ berichten. Eingeschlossen und von besonderer Bedeutung sind auch Verdachtsfälle. Die Beurteilung eines Kausalzusammenhanges zwischen UAW und eingenommenem Arzneimittel erfolgt durch die AkdÄ, der berichtende Arzt erhält eine Rückmeldung.

Der Bogen kann auch unter www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit im Online-Format heruntergeladen werden. Zusätzlich wird der Bogen in regelmäßigen Abständen im Deutschen Ärzteblatt auf der dritten Umschlagseite abgedruckt. Grundsätzlich können Verdachtsmeldungen über UAW auch per Post, per Fax oder per E-Mail an die AkdÄ berichtet werden (Postfach 120864, 10598 Berlin, Fax: 0 30/40 04 56-555, Tel.: 0 30/40 04 56-500, E-Mail: phv@akdae.de).

Anmerkungen zum korrekten Ausfüllen des Bogens:

- Patientendaten: Angaben verhindern Doppelmeldungen
- Beobachtete UAW: eventuell differenzieren nach Überdosierung, Wechselwirkung etc.
- Eingenommene Arzneimittel: möglichst vollständigen Angaben zu allen eingenommenen Arzneimitteln, auch zu zusätzlich eingenommenen freiverkäuflichen Arzneimitteln
- Verdächtige Arzneimittel: alle von ihnen verdächtigten Arzneimittel markieren
- Maßnahmen/Therapie: spezifische Behandlung der aufgetretenen UAW, auch z.B. Umstellung auf ein anderes Arzneimittel
- Arztbrief: je umfangreicher die Informationen, desto zuverlässiger ist die Beurteilung eines Kausalzusammenhanges
- Kontaktdaten: die persönlichen Daten des berichtenden Arztes werden von der AkdÄ streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Quellen: www.akdae.de, Dt. Ärztebl. 2010; 107 (30): C 1257

Dr. Günter Hopf/ÄkNo

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen



Eingangsvermerk

(auch Verdachtsfälle)

an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (Akda) gemäß der Berufsordnung für Ärzte

Postfach 120864 • 10598 Berlin

Fax: 030 / 400456-555 • Tel.: 030 / 400456-500 • www.akdae.de

Patient / in	
Initialen	Geburtsdatum
_____	_ . . . _
Geschlecht	Schwangerschaft
<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	_____ . Monat
Gewicht	Größe
_____ kg	_____ cm

Beobachtete unerwünschte Wirkung	
Aufgetreten am	. . . Dauer

Arzneimittel (Genauere Bezeichnung / Darreichungsform / PZN / Ch.-B.)	Applikation	Dosierung	Dauer der Anwendung		Indikation
			von	bis	
1					
2					
3					
4					
5					

Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel Nr. 1 2 3 4 5 Bitte kreuzen Sie mind. ein Arzneimittel an.

Krankheiten und andere anamnestische Besonderheiten (z. B. Allergien, Rauchen, Alkohol, Leber- / Nierenfunktionsstörungen, ggf. ICD-Codierung)
Relevante Untersuchungsergebnisse (z. B. Laborwerte mit Datum)
Maßnahmen / Therapie

Folgen der vermuteten UAW <input type="checkbox"/> Tod (Sektion: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein) <input type="checkbox"/> lebensbedrohend <input type="checkbox"/> ohne Schaden erholt <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt verlängert <input type="checkbox"/> noch nicht erholt <input type="checkbox"/> bleibende Schäden oder Behinderung <input type="checkbox"/> vorübergehend schwer beeinträchtigt <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="checkbox"/> unbekannt
Therapieabbruch nach UAW <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe
Besserung nach Therapieabbruch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe
Verschlechterung nach erneuter Gabe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe

Das Beilegen des Arztbriefes und / oder des Krankenhausentlassungsbriefes ist in Fällen schwerer UAW hilfreich.

Name des Arztes:	Klinik: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum:
Fachrichtung:		
Anschrift:		
Telefonnummer:		
E-Mail:	_____ Unterschrift	