

## Patientenformulier bijwerkingen <sup>[1]</sup>

Patientenformulier voor het melden van vermoedelijke bijwerkingen.

De gemarkeerde velden (\*) zijn verplicht.

## Formulier voor het melden van bijwerkingen door patienten <sup>[2]</sup>

Algemene gegevens:

<b>* Naam</b>	<input type="text"/>
<b>* Voorletters</b>	<input type="text"/>
<b>* Aanhef</b>	<input type="text" value="Selecteer:"/> ▼
<b>Adres</b>	<input type="text"/>
<b>Postcode</b>	<input type="text"/>
<b>Woonplaats</b>	<input type="text"/>
<b>* Telefoon</b>	<input type="text"/>
<b>* E-mail adres</b>	<input type="text"/>

Details:

**\* Novartis product**

---

**\* Geef een omschrijving van de klacht(en):**

**Kunt u aangeven op welke datum deze klacht(en) voor het eerst zijn opgetreden?**

(indien bekend)

Dag

Maand

Jaar

**Heeft u deze klachten besproken met een arts?**

- Nee
- Onbekend
- Ja

**\* Wat heeft de arts voorgesteld:**

**Hoe gaat het nu met u?**

- Volledig hersteld, geen klachten meer
- Beter, maar nog niet geheel klachtenvrij
- Geen verbetering
- Het gaat slechter
- Overig:

---

**\* Welk Novartis geneesmiddel gebruikte u toen de klachten begonnen?**

---

**Voor welke aandoening/ziekte heeft u het Novartis geneesmiddel gekregen?**

---

**Welke dosis van het Novartis geneesmiddel gebruikte u?**

Bijv. 2 maal per dag 20mg

**Wat is het Batch nummer of Lot nummer van het Novartis geneesmiddel?**

**Op welke datum bent u gestart met het Novartis geneesmiddel?**

(indien bekend)

Dag

Maand

Jaar

**Is de behandeling met het Novartis geneesmiddel aangepast nadat de klacht(en) optraden**

- Gestopt
- Voortgezet met nieuwe dosis
- Geen verandering
- Onbekend
- Anders:

**Gestopt op:**

(indien bekend)

Dag

Maand

Jaar

**\* De nieuwe dosis is:**

**Heeft u eerder last gehad van vergelijkbare klachten?**

- Nee
- Ja

**\* Indien ja: geef aan welke van de volgende punten van toepassing is:**

- Ik werd toen nog niet behandeld met het Novartis geneesmiddel

Ik werd toen al behandeld met het Novartis geneesmiddel

Ik werd toen behandeld met een ander geneesmiddel

**\* Gebruikte u nog andere geneesmiddelen toen de klachten begonnen?**

Nee

Onbekend

Ja

**\* Naam geneesmiddel**

\_\_\_\_\_

**\* Aandoening/ziekte waarvoor u dit geneesmiddel gebruikte**

\_\_\_\_\_

**\* Dosis**

\_\_\_\_\_

bv. 2x per dag 20mg

**Datum waarop u gestart bent met dit geneesmiddel**

Dag

Maand

(indien bekend)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dag

Maand

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

_____	_____
Dag	Maand
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Dag	Maand
_____	_____

_____
-------

**\* Denkt u dat één van bovenstaande geneesmiddelen eventueel ook bijgedragen heeft aan de klachten?**

- Zeker
- Waarschijnlijk
- Misschien
- Niet
- Weet ik niet

**\* ? geef aan welk geneesmiddel:**

---

**\* Bent u zelf de patiënt?**

- Ja
- Nee

**Ik ben:**

- Familie
- Vriend
- Anders:

---

Patiënt gegevens (i)

**\* Geslacht**

- Man
- Vrouw

**Initialen**

---

**Geboortedatum**

(indien bekend)

Dag

Maand

Jaar

**Gewicht**

\_\_\_\_\_ kg

**Lengte**

\_\_\_\_\_ cm

---

Uw gegevens (ii)

**\* Geslacht**

- Man
- Vrouw

**Initialen**

---

**\* Achternaam**

---

**E-mail adres**

**Telefoon**

---

Overig

**Heeft u nog vragen over deze klacht(en):**

Nee

Ja

**Hoe kunnen wij contact met u opnemen?**

---

Vul uw e-mailadres en/of telefoonnummer in, zodat wij u kunnen benaderen

**Als u nog overige informatie heeft over de vermoedelijke bijwerking kunt u die hieronder weergeven:**

Privacy verklaring

De gevraagde informatie op deze pagina kan ons in staat stellen medicijn gerelateerde risico's beter te identificeren. Dit is van belang voor de bewaking van de kwaliteit en veiligheid van onze producten. De door u ingevoerde gegevens bevatten persoonlijke informatie. Deze informatie zal strikt vertrouwelijk worden behandeld. Uw persoonsgegevens zullen worden opgenomen in een database en geanonimiseerd doorgestuurd worden naar de overheden die op de hoogte gebracht moeten worden van alle mogelijke bijwerkingen van geneesmiddelen. Uw gegevens zullen, met uitzondering van de overheden, niet aan derden worden verstrekt en niet voor commerciële doeleinden worden gebruikt.

\* Ik ga akkoord met de privacy verklaring:

(i) Aan de hand van het geslacht en de geboortedatum van de patiënt kunnen wij nagaan of wij dezelfde melding wellicht ook hebben ontvangen via bijvoorbeeld uw arts of apotheker.

(ii) Om een bijwerking te kunnen verwerken hebben wij gegevens nodig van degene die deze melding doet (de melder). Als u een vraag heeft gesteld hebben wij deze gegevens nodig om u een antwoord te geven.

Verzenden

### Accordion Type:

Collapsible

---

**Source URL:** <https://www.novartis.nl/patientenformulier-bijwerkingen>

### Links

[1] <https://www.novartis.nl/patientenformulier-bijwerkingen>

[2] <https://www.novartis.nl/formulier-voor-het-melden-van-bijwerkingen-door-patienten>