

## MELDING VAN VERMOEDELIJKE BIJWERKING VAN GENEESMIDDELEN OF TOLERANTIEPROBLEEM

---

Datum van aangifte\*:

Initialen vd patient\*:

Leeftijd vd patient\*:

Geslacht vd patient\*:

Product\*:

Hebt u een tolerantieprobleem ervaren\*?

J/N

Indien ja, welk\*:

Op welke datum is dit voorgekomen\*?

Hebt u een gezondheidszorgbeoefenaar geraadpleegd (dokter, apotheker, ...)

J/N

Indien ja, welke diagnose wordt gesteld\*:

Hebt u de behandeling stopgezet?

J/N

Gaat u ermee akkoord dat een Stallergenes Greer expert met u contact opneemt om over uw aangifte te spreken?

J/N

Indien ja, gelieve uw gegevens te vermelden: