

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: