

Bundesinstitut für Risikobewertung  
 Dokumentations- und Bewertungsstelle  
 für Vergiftungen  
 Postfach 33 00 13

14191 Berlin

Stempel, Telefon-Nummer und Unterschrift der/des  
 Ärztin/Arztes

**Mitteilung bei Vergiftungen**

nach § 16e Abs. 2 des Chemikaliengesetzes  
 (Telefon: 01888 412 3460, Fax: 01888 412 3929, Email: giftdok@bfr.bund.de)

**1. Angaben zur/zum Patientin/en:**

Alter:	Jahre    Monate (bei Kindern unter 3 Jahren)	männlich weiblich	Schwangerschaft (freiwillig auszufüllen)	ja nein
--------	--	----------------------	---	------------

**2. Vergiftung                      Verdacht**

Unbedingt Handelsname der Zubereitung/des Biozid-Produkts oder Stoffname, aufgenommene Menge und Hersteller (Vertreiber) angeben; ggf. vermutete Ursache

a.

b.

c.

**3. Exposition:**

akut                      chronisch  
 oral                      inhalativ                      Haut                      Auge                      sonstiges, welche

<b>Art der Vergiftung:</b>	akzidentell (Unfall) suizidale Handlung	gewerblich Abusus	Verwechslung Umwelt                      Sonstiges
<b>Ort:</b>	Arbeitsplatz Kindergarten	im Haus im Freien	Schule Sonstiges
<b>Labor-Nachweis:</b>	ja	nein	
<b>Behandlung:</b>	keine	ambulant	stationär
<b>Verlauf:</b>	nicht bekannt Spätschäden (nicht auszuschließen)	vollständige Heilung	Defektheilung                      Tod

(freiwillig auszufüllen)

**4. Symptome, Verlauf – stichwortartig** - (ggf. anonymisierte Befunde, Epikrise beilegen)