

**\*\*\* BITTE SOFORT WEITERLEITEN \*\*\***

## Meldung einer Nebenwirkung / Verdachtsfalles

**An:** Novo Nordisk Pharma GmbH  
Arzneimittelsicherheit  
Herrn Dr. med. Thomas Marschang

**Fax-Nr.:** +49 (6131) / 903-1250

**Seitenanzahl des Faxes gesamt:** \_\_\_\_\_

### Meldender

**Name:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bei Rückfragen bin ich wie folgt erreichbar:**

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Mobil:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

