Formblatt für die Meldung von Vorkommissen und Beinahevorkommnissen bei der Anwendung von Medizinprodukten in der Zahnheilkunde

Arzneimittelkommission Zahnärzte
BZÄK/KZBV
Chausseestr. 13
10115 Berlin

mail to: m.rahn@bzaek.de

Diese Meldung wird von der AKZ unverzüglich an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) weitergeleitet!

Meldung erstattet von (Zahnklinik, Praxis, Anwender etc.)

Straße

PLZ/Ort

Bundesland

Kontaktperson/Bearbeiter

Tel.:

Fax:

Datum der Meldung:

Hersteller (Adresse)

Handelsname des Medizinproduktes

Art des Produktes (z.B. Prohesenbasismaterial, Füllungsmaterial, Legierung):

Modell, Katalog- od. Artikelnummer:

Serien-/Chargennummer(n)

Datum des Vorkommnisses:

Ort des Vorkommnisses

Patienteninitialien / Geburtsjahr:

Geschlecht m/w bitte Zutreffendes markieren!

Beschreibung des Vorkommnisses/Folgen für Patienten:

Zahnbefund:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Art und Datum der Behandlungsmaßnahme:

Art des Vorkommnisses (lokal/systemisch, z. B. Rötung, Ulceration, Geschmacksirritation, Ganzkörperbeschwerden)
Bitte unbedingt angeben!

Lokalisation des Vorkommnisses:

Beschreibung des Verlaufes:

Behandlungsmaßnahmen:

Ergebnis:

Beratungsbrief erbeten: ja/nein