



Formblatt für die Meldung von Vorkommnissen
durch Zahnärzte und zahnmedizinische Einrichtungen
nach § 3 Abs. 2 bis 4 der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung

<http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/za/MPSP.pdf>

Arzneimittelkommission Zahnärzte
BZÄK/KZBV
Chausseestr. 13
10115 Berlin

e-mail-Anschrift: m.rahm@bzaek.de

Telefax 030 40005 169

auszufüllen von der Bundeszahnärztekammer:

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:

E-mail:

Datum der Meldung

Unterschrift

Hersteller (Adresse)

Handelsname des Medizinproduktes

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

Modell, Katalog- od. Artikelnummer:

Serien- bzw. Chargennummer(n):

Datum des Vorkommnisses:

Ort des Vorkommnisses:

Patienteninitialien:

Geburtsjahr:

Geschlecht:

☐ m

☐ w

bitte Zutreffendes markieren!

Beschreibung des Vorkommnisses/Folgen für Patienten

Zahnbefund:

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

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 ☐