

# Unerwünschte Wirkungen und Mängel von Medizinprodukten

die nicht der Meldepflicht nach § 3 Medizinprodukte-Anwendermelde-  
und Informationsverordnung (MPAMIV) unterliegen

**AKZ**  
Arzneimittel  
Kommission  
Zahnärzte

**Arzneimittelkommission Zahnärzte**  
**BZÄK/KZBV**  
**Chausseestr. 13**  
**10115 Berlin**

**KIM:** uaw@bzaek.kim.telematik

auszufüllen von der Bundeszahnärztekammer

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Straße:

\_\_\_\_\_

PLZ/Ort:

\_\_\_\_\_

Kontaktperson: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Datum der Meldung: \_\_\_\_\_

**Hersteller (Adresse):** \_\_\_\_\_

Handelsname des Medizinproduktes:

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Modell, Katalog- oder Artikelnummer:

\_\_\_\_\_

Serien- bzw. Chargennummer(n):

\_\_\_\_\_

Datum des Vorkommnisses: \_\_\_\_\_

Ort des Vorkommnisses: \_\_\_\_\_

Patienteninitialen: \_\_\_\_\_ Geburtsjahr: \_\_\_\_\_ Geschlecht: m w d

Zahnbefund (bitte nur für die Meldung relevante Angaben vornehmen):

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	66		
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	76		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Beschreibung des Vorkommnisses/Folgen für Patientin/Patienten

\_\_\_\_\_

**Beratungsbrief erbeten:**