

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)



ist entsprechend der Berufsordnung für Zahnärzte zu senden an die
Arzneimittelkommission Zahnärzte BZÄK/KZBV
Chausseestr. 13, 10115 Berlin
KIM: uaw@bzaek.kim.telematik

Meldenummer (auszufüllen von der Bundeszahnärztekammer): _____

Pat. Initialen: _____ Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m ___ w ___ d ___

Beobachtete unerwünschte Wirkungen (Symptome, evtl. Lokalisation):

aufgetreten am: _____ Dauer: _____ lebensbedrohlich: ja ___ nein ___

Vermutlich auslösendes Arzneimittel Dosis/Menge: Applikation: Dauer der Anwendung: Indikation:

(von ZA/ZÄ verordnet oder verabreicht)

1. _____
2. _____

sonstige Medikation bei Allgemeinerkrankungen / eingenommene Dauermedikation

Anamnestische Besonderheit: Leber-/ Nierenfunktionsstörungen ___ Schwangerschaft/Stillzeit: ___

Sonstiges: _____

bekannte Allergien/Unverträglichkeiten: nein ___ ja ___ gegen: _____

Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung und weitere Bemerkungen (z.B. Klinikeinweisung, Behandlung durch Hausarzt/Facharzt, Befundbericht, Allergietestung etc.):

Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung:

wiederhergestellt ___ anhaltend ___ unbekannt ___ Exitus ___

Beratungsbrief erbeten: ___

Name und Anschrift des Zahnarztes oder der Zahnärztin

Datum: _____

Praxisname: _____

Bearbeiter/Bearbeiterin: _____

Straße/Haus-Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/E-Mail: _____

E-Mail: _____