

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)

AKZ

Arzneimittel
Kommission
Zahnärzte



ist entsprechend der Berufsordnung für Zahnärzte zu senden an die

Arzneimittelkommission Zahnärzte BZÄK/KZBV

Chausseestr. 13, 10115 Berlin

E-Mail: m.rahn@bzaek.de; Telefax: 030 40005 200

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: _____