

# 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: \_\_\_\_\_