



Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)

An die Arzneimittelkommission Zahnärzte BZÄK/KZBV
Chausseestr. 13, 10115 Berlin
e-mail-Anschrift: m.rahn@bzaek.de
Telefax: 030 40005 169

auszufüllen von der Bundeszahnärztekammer:

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

Pat Init.	Geburtsdatum	m	w
-----------	--------------	---	---

Beobachtete unerwünschte Wirkungen (Symptome, evtl. Lokalisation) - **bitte unbedingt ausfüllen!**

aufgetreten am:	Dauer:	lebensbedrohlich:	ja	nein
-----------------	--------	-------------------	----	------

Arzneimittel: (von ZA/ZÄ verordnet)	Dosis, Menge:	Applikation:	Dauer der Anwendung: bitte unbedingt ausfüllen!	Indikation:
1.				
2.				

Vermuteter Zusammenhang mit: Arzneimittel	dieses früher gegeben: ja nein	vertragen: ja nein	UAW bei Reexposition: ja nein
--	--	----------------------------	---------------------------------------

sonstige Medikation bei Allgemeinerkrankungen	wegen (Diagnose):
--	-------------------

vermuteter Zusammenhang mit UAW	ja	nein
---------------------------------	----	------

Anamnesticke Besonderheit:	Nikotin	Alkohol	Arzneim.Abusus	Leber-/ Nierenfunktionsstörungen	Schwangerschaft
Sonstiges:					
Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten					
nein	ja	gegen:			

Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung:

Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung:

wiederhergestellt	wiederhergestellt mit Defekt	noch nicht wiederhergestellt	unbekannt:	Exitus
(ggf. Befund beifügen)	Todesursache:			

Weitere Bemerkungen (z.B. Klinikeinweisung, Behandlung durch Hausarzt/Facharzt, Befundbericht, Allergietestung etc.)

Bericht erfolgte zusätzlich an:	BfArM	Hersteller	Arzneimittelkommission Ärzte
sonstige:	Beratungsbrief erbeten:		

Name des Zahnarztes - bitte unbedingt angeben! (ggf. Stempel)	Datum:
Praxisname:	Bearbeiter:
Straße/Haus-Nr.	
PLZ/Ort:	
Telefon/Fax:	
e-mail:	