

# Hinweise zum Ausfüllen des Berichtsbogens:

## Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)

**Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)**  
 An die Arzneimittelkommission Zahnärzte BZÄK/KZBV  
 Chausseestr. 13, 10115 Berlin  
 e-mail-Anschrift: m.rahn@bzæk.de  
 Telefax: 030 40005 169  
 http://www.bzæk.de/fileadmin/PDFs/za/UAW.pdf

1. **Identifikationsnummer**

2. **Geburtsdatum**

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

4. **aufgetreten am:** **Dauer:** **lebensbedrohlich:** ja  nein

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

6. **Arzneimittel**

7. **Dauer der Anwendung**

8. **Indikation**

9. **sonstige Medikation bei Allgemeinerkrankungen** **wegen (Diagnose):**

10. **Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung:**

11. **Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung:**  
 wiederhergestellt  wiederhergestellt mit Defekt  noch nicht wiederhergestellt  unbekannt  Exitus   
 (ggf. Befund beifügen) **Todesursache:**

12. **Name des Zahnarztes - bitte unbedingt angeben!** (ggf. Stempel) **Datum:**

13. **Beratungsbrief erbeten:**

14. **Formular drucken** **Formular per E-Mail senden**

Jede Meldung erhält eine Identifikationsnummer, diesen Bereich bitte freilassen.

Die Patienteninitialen dienen dazu, bei Rückfragen die Identifizierung des betroffenen Patienten zu erleichtern.

Bitte beschreiben Sie hier die beobachtete Reaktion, auch wenn Sie nur den Verdacht haben. Jeder zusätzliche Hinweis ist hilfreich.

Bitte geben Sie möglichst an, wann eine UAW aufgetreten ist.

Bitte geben Sie möglichst vollständig an, welche Arzneimittel zu diesem Zeitpunkt verordnet wurden und appliziert wurden.

Eine genaue Angabe der Dosis ist wichtig.

Bitte geben Sie die Dauer der Anwendung an.

Bitte geben Sie auch an, wenn Sie eine Interaktion vermuten. Diese Angaben sind wichtig, um einzuschätzen, ob andere Faktoren zu der geschilderten Reaktion beigetragen haben können.

Bitte geben Sie möglichst genau die sonstige Medikation an. Diese Angaben werden für die Bewertung des Kausalzusammenhangs benötigt.

Bitte geben Sie hier an, wenn z.B. eine spezifische Behandlung der unerwünschten Wirkung erforderlich war und wenn auf ein anderes Arzneimittel umgestellt wurde.

Anhand dieser Kriterien kann der Schweregrad beurteilt werden.

Die Kontaktdaten der meldenden Zahnärztinnen und Zahnärzte werden streng vertraulich behandelt, nur an das BfArM übermittelt und auch von dort nicht an Dritte weitergegeben.

Sie haben die Möglichkeit, von der Arzneimittelkommission Zahnärzte einen Beratungsbrief zu der speziell von Ihnen gemeldeten unerwünschten Wirkung zu erhalten.

Sie können den ausgefüllten Bogen ausdrucken, dann per Brief oder Telefax versenden oder den Bogen direkt per E-mail versenden.