



### 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: <b>bitte unbedingt ausfüllen!</b>	Indikation:
1.				
2.				

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

<b>sonstige Medikation bei Allgemeinerkrankungen</b>	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:	<b>Beratungsbrief erbeten:</b>		

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