|  |  |
| --- | --- |
| Anlage Meldeformular BfArM | 01R11 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Adresse BfArM** | | **Melderinformationen** |
| **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte**  Abteilung Medizinprodukte  Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3  **53175 Bonn**  Telefax: 0228/207 5300 | | Unternehmensbezeichnung Melder |
|  |
| Straße |
|  |
| Postleitzahl |
|  |
| Ortsbezeichnung |
|  |
| Kontaktperson (Name, Vorname) |
|  |
| Telefonnummer |
|  |
| Telefaxnummer |
|  |
| Mailadresse |
|  |
| Meldedatum |
|  |
| **Herstellerangaben zum Medizinprodukt** | | |
| Herstellername |  | |
| Postleitzahl |  | |
| Ortsbezeichnung |  | |
| Straße |  | |
| Hausnummer |  | |
| **Angaben zum Produkt** | | |
| Handelsname (Produkt) |  | |
| Modell od. Katalognummer |  | |
| Art des Produktes |  | |
| Seriennummer |  | |
| Chargennummer |  | |
| Ort des Vorfalls (MP) |  | |
| **Angaben zum Patient** | | |
| Patienteninitialen |  | |
| Alter |  | |
| Geschlecht |  | |
| Datum des Vorkommnis |  | |
| Beschreibung des Ereignisses (ggf. Weitere Seite verwenden) | | |
|  | | |