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

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresse BfArM** | **Melderinformationen** |
| **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte**Abteilung MedizinprodukteKurt-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) |
|  |