



L I G O S A N Slow Release

I n t e r n e r M e l d e b o g e n - A r z n e i m i t t e l - N e b e n w i r k u n g

Bitte per Fax senden an: 06181 9689-2959

Fallnummer (wird von GRC vergeben):

1. Wie lautet die Chargennummer des Präparates?

2. Wer hat behandelt?

Adresse der Zahnarztpraxis:

Behandelnde(r) Zahnärztin/Zahnarzt:

Telefon-Nr.:

Fax-Nr.:

E-Mail-Adresse:

3. Informationen zum Patienten:

a. Wie lauten die Initialen des Patienten? Vorname Nachname

b. Ist der Patient weiblich oder männlich ?

c. Wie alt ist der Patient?

d. Ist das Gewicht des Patienten bekannt? ja kg nein

e. Hat der Patient Vorerkrankungen? ja welche:.....

.....

nein

f. Sind Allergien des Patienten bekannt? ja welche:

.....

nein

g. Nimmt der Patient Medikamente ein? ja welche:

.....

nein



4. Beschreibung der zahnärztlichen Behandlung:

a. Bei dem Patienten wurde durchgeführt:

.....

b. Wann wurde Ligosan Slow Release angewendet?
(Datum)

c. Welche Menge von Ligosan Slow Release wurde appliziert?
(Anzahl der Kartuschen)

d. Wie viele und welche Zahnfleischtaschen wurden behandelt?..... d1.

In wie vielen Zahnfleischtaschen insgesamt wurde Ligosan bei dieser Behandlung appliziert?

.....

d2. An welchen Zähnen (z. B. 35)?

5. Beschreibung der Nebenwirkung / Symptome

a. Was waren die genauen Symptome?:
(z.B. Schwellungen, Rötungen etc., lokal, großflächig)

b. Wo genau sind die Symptome aufgetreten?:
(z.B. im Mund, am Zahn (z.B. 35), im Gesicht, am Hals etc.)

c. Wann traten diese Symptome auf?:
(z.B. direkt nach der Applikation in die Zahnfleischtasche)

Datum: Uhrzeit:

d. Wie lange haben diese Symptome gedauert:
(z.B. 5 Minuten, 1 Stunde, 1 Tag, 1 Woche etc.)

oder sind bis heute unverändert

oder haben sich gebessert, sind aber noch nicht vollständig verschwunden

e. Wie groß war der Zeitabstand zwischen Anwendung und beginnenden Symptomen?
(z.B. bei einer Schwellung)

.....

f. Kann die Parodontitis selbst Auslöser der Symptome sein?

Ja

Nein

6. Wurde Ligosan Slow Release bei diesem Patienten bereits in der Vergangenheit angewendet?

Nein



Ja wann?

Traten damals ebenfalls Nebenwirkungen auf?

Nein

Ja Welche?

.....

Wann traten diese auf?
(z.B. direkt nach Applikation)

Wie lange hielten diese an?

7. Falls die aufgetretene Nebenwirkung anschließend behandelt wurde:

a. Wer hat behandelt?

Zahnarzt*

Arzt*

Krankenhaus* ambulant stationär wie lange?

Liegt evtl. der Krankenhausbericht vor? Ja (bitte beifügen)

Nein

(Alten-) Heim*

Zu Hause

Sonstiges

* Name:

Adresse:

Tel.-Nr.:

b. Wie wurden diese Symptome behandelt?
(z.B. FüÙe hochgelegt, Medikamentengabe)

.....

c. Falls eine Behandlung der Symptome mit einem Medikament erfolgte:

- Welches Medikament?

- In welcher Dosierung?
(z.B. Wirkstärke / 3 x tägliche Einnahme)



Anlage zum Meldebogen (durch Kulzer auszufüllen)

Die Meldung wurde aufgenommen von

Name:

Telefon-Nr.:

E-Mail:

am:

Eingang der Meldung bei GRC

erhalten am:

Minimalkriterien erfüllt am:

Falls eine pharmazeutische Beanstandung vorliegt, bitte zusätzlich in GNM erfassen.

Weitergeleitet an Stufenplanbeauftragten am:

von: