

**Formblatt für die Meldung von Vorkommnissen durch
Betreiber und Anwender sowie Patienten oder deren
Angehörige nach den §§ 3 und 4 der Medizinprodukte-
Anwendermelde- und Informationsverordnung
(MPAMIV)**



Empfänger

Berger Care GmbH

Beauftragter für Medizinproduktesicherheit
nach §6 MPBetreibV
Katja Happel

E-Mail: mpsb@bergercare.de

Melder-Information

Meldung erstattet von

- Mitarbeiter**
- Kunde**
- Einrichtung**

* Melder

* Straße

* PLZ

* Ort

* Kontaktperson

* Telefon der Kontaktperson

E-Mail der Kontaktperson

* Datum

* Diese Felder werden benötigt.



Meldung

Hersteller

* Herstellername

Lieferant

* Lieferantename

Produkt

* Handelsname des Medizinprodukts

Art des Produkts

PZN

Chargennummer(n)

Vorkommnis

Datum des Vorkommnisses

* Beschreibung des Ereignisses:

* Diese Felder werden benötigt.