

# Checkliste – Meldung von Vorkommnissen

KD-Nr.		Datum	
Firma / Organisation			
Ansprechpartner		Telefon	
E-Mail			
Name Medizinprodukt			
Artikelnr. medida			
Artikelnr. Hersteller		REF	
LOT	CH	Seriennr.	
Herstellungsdatum		Verfallsdatum	
Datum des Vorkommnisses			
Beschreibung des Vorkommnisses			

Folgen des Vorkommnisses (z.B. Verschlechterung des Gesundheitszustands)

Unterschrift	Stempel
--------------	---------

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular per Fax an **0 62 45 . 29 72-190** oder per E-Mail (Scan im PDF-Format) an **mp-sicherheit@medida.de**