

**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, Dirk Steinbrecher

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.

Formular leeren

Meldung

### Hersteller

\*Herstellername

### Produkt

\*Handelsname des Medizinprodukts

Art des Produkts

PZN

Chargennummer(n)

### Vorkommnis

Datum des Vorkommnisses

\*Beschreibung des Ereignisses:

\*Diese Felder werden benötigt.

Formular leeren