Entsorgung von Suchtmitteln

(gemäß Erlass der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen, GZ 21551/10-III/B/9/03)

**Chemisch-pharmazeutisches Laboratorium**
der Österreichischen Apothekerkammer
Spitalgasse 31, 1090 Wien
Tel.: (01) 40 414 / 170 DW E-Mail: apolab@apothekerkammer.at

|  |  |
| --- | --- |
| Apotheke/FirmaAnschrift/Stempel |  |
| Betriebsnummer:(für Apotheken) |  |

Dem Chemisch-pharmazeutischen Laboratorium der Österreichischen Apothekerkammer werden folgende Suchtmittel nach beiliegender Aufstellung zur Überprüfung und Entsorgung übergeben: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🞎 | Arzneispezialitäten | Anlage 1 zweifach |
| 🞎 | Magistrale Zubereitungen/Reinsubstanzen  | Anlage 2 zweifach |
| 🞎 | Rücknahmen Patient:innen | Anlage 3 zweifach |
| 🞎 | Rücknahmen Heime/Arztpraxen | Anlage 4 zweifach |

Seiten Gesamt: …

 Datum Unterschrift/Stempel

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Position** | **Bezeichnung der Arzneispezialität,Darreichungsform und Stärke** | **AnzahlPackungen** | **Stückzahl(Anzahl Ampullen, Kapseln,Tabletten etc.)** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |
| **9** |  |  |  |
| **10** |  |  |  |
| **11** |  |  |  |
| **12** |  |  |  |
| **13** |  |  |  |
| **14** |  |  |  |
| **15** |  |  |  |
| **16** |  |  |  |
| **17** |  |  |  |
| **18** |  |  |  |
| **19** |  |  |  |
| **20** |  |  |  |
| **Summe**  |  |  |

 Datum Unterschrift/Stempel

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Position** | **Magistrale Zubereitung / Reinsubstanz** | **Menge** | **Nettomenge****an Suchtmittel** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |
| **9** |  |  |  |
| **10** |  |  |  |
| **11** |  |  |  |
| **12** |  |  |  |
| **13** |  |  |  |
| **14** |  |  |  |
| **15** |  |  |  |
| **16** |  |  |  |
| **17** |  |  |  |
| **18** |  |  |  |
| **19** |  |  |  |
| **20** |  |  |  |
| **Summe**  |  |  |

 Datum Unterschrift/Stempel

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Position** | **Bezeichnung der Arzneispezialität,Darreichungsform und Stärke** | **AnzahlPackungen** | **Stückzahl(Anzahl Ampullen, Kapseln,Tabletten etc.)** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |
| **9** |  |  |  |
| **10** |  |  |  |
| **11** |  |  |  |
| **12** |  |  |  |
| **13** |  |  |  |
| **14** |  |  |  |
| **15** |  |  |  |
| **16** |  |  |  |
| **17** |  |  |  |
| **18** |  |  |  |
| **19** |  |  |  |
| **20** |  |  |  |
| **Summe**  |  |  |

 Datum Unterschrift/Stempel

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Position** | **Bezeichnung der Arzneispezialität,Darreichungsform und Stärke** | **AnzahlPackungen** | **Stückzahl(Anzahl Ampullen, Kapseln,Tabletten etc.)** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |
| **9** |  |  |  |
| **10** |  |  |  |
| **11** |  |  |  |
| **12** |  |  |  |
| **13** |  |  |  |
| **14** |  |  |  |
| **15** |  |  |  |
| **16** |  |  |  |
| **17** |  |  |  |
| **18** |  |  |  |
| **19** |  |  |  |
| **20** |  |  |  |
| **Summe**  |  |  |

 Datum Unterschrift/Stempel