

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/Firma

Anschrift/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

Arzneispezialitäten

Position	Bezeichnung der Arzneispezialität, Darreichungsform und Stärke	Anzahl Packungen	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

Dieser Bereich ist nur vom Chemisch pharmazeutischen Laboratorium der Österreichischen Apothekerkammer auszufüllen

Magistrale Zubereitungen/Reinsubstanzen

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

Dieser Bereich ist nur vom Chemisch pharmazeutischen Laboratorium der Österreichischen Apothekerkammer auszufüllen

Arzneispezialitäten

Position	Bezeichnung der Arzneispezialität, Darreichungsform und Stärke	Anzahl Packungen	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

Dieser Bereich ist nur vom Chemisch pharmazeutischen Laboratorium der Österreichischen Apothekerkammer auszufüllen

Arzneispezialitäten

Position	Bezeichnung der Arzneispezialität, Darreichungsform und Stärke	Anzahl Packungen	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

Dieser Bereich ist nur vom Chemisch pharmazeutischen Laboratorium der Österreichischen Apothekerkammer auszufüllen