

Regelung BM Stationen
Betäubungsmittel
Durch die Station auszufüllen:

1. Angaben zur Station		
Spital:	Station:	Kostenstelle:
2. Angaben zur BM-Aufbewahrung		
Raumbezeichnung:		
Schrankbezeichnung:		
Weitere Angaben:		
3. Angaben zum BM-Schlüssel		
Die Verwahrung und Übergabe des Schlüssels ist wie folgt geregelt:		
4. Für BM verantwortliche Personen		
Hauptverantwortliche Person:		
Name:	Vorname:	Telefon direkt:
2 Stellvertretende:		
1. Name:	Vorname:	Telefon direkt:
2. Name:	Vorname:	Telefon direkt:
5. Ausgefüllt von		
Name:	Vorname:	Datum:
		Unterschrift:
Bitte das ausgefüllte Formular an die Klinikbetreuung der SPh retournieren. Allfällige Änderungen dieser Angaben sind laufend der Klinikbetreuung SPh zu melden!		

Durch die Klinikbetreuung SPh auszufüllen:

6. Prüfung Pharmazeut Klinikbetreuung		
Angaben:	<input type="checkbox"/> i. O.	<input type="checkbox"/> nicht i. O.
Bemerkung:		
Datum:	Unterschrift:	