

BM-Regelung 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 hauptverantwortliche Person trägt die Verantwortung für den sicheren Umgang mit BM auf der Station im Sinn der Richtlinie Betäubungsmittel und stellt durch ihre Unterschrift sicher, dass nur berechnigte Mitarbeiter Zugang zum BM-Schlüssel haben.		
4. BM verantwortliche Personen		
Hauptverantwortliche Person:		
Name:	Vorname:	Telefon direkt:
2 Stellvertretende:		
5. Unterschrift der hauptverantwortlichen Person		
Datum:	Unterschrift:	
Bitte das ausgefüllte Formular an die Klinikversorgung der SPh retournieren. Allfällige Änderungen dieser Angaben sind laufend der Klinikversorgung SPh zu melden!		

Durch die Klinikversorgung SPh auszufüllen:

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