

Meldung BM-Zwischenfall
Betäubungsmittel
Durch die Station auszufüllen:

1. Angaben zur meldenden Person		
Name:	Vorname:	Telefon:
Spital:	Station:	Kostenstelle:
2. Angaben zum BM-Zwischenfall		
Betroffenes Produkt:		
Beim zu meldenden BM-Zwischenfall handelt es sich um:		
<input type="checkbox"/> Fehlbestand	festgestellt von:	Datum:
	Abweichung vom Soll: <input type="checkbox"/> plus	Anz. Einheiten (wie Amp. / Tbl. / ml):
	<input type="checkbox"/> minus	Anz. Einheiten (wie Amp. / Tbl. / ml):
<input type="checkbox"/> sonstiges	festgestellt von:	Datum:
	Beschreibung:	
Mögliche Begründung:		
Ergriffene Massnahmen:		
Datum:	Unterschrift:	

Das ausgefüllte Formular ist umgehend an die Klinikbetreuung SPh zu schicken.

Durch die Klinikbetreuung SPh auszufüllen:

3. Prüfung durch die Klinikbetreuung SPh		
Weitere Untersuchungen erforderlich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, BM-Zwischenfallbericht erstellt und genehmigt am:		
In die Übersicht der BM-Zwischenfälle aufgenommen am:		
Datum:	Unterschrift:	