|  |
| --- |
| ***Protokoll über die Abgabe von Arzneimitteln in Notfällen gemäss Art. 52 BetmKV*** ***(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und per Post oder Fax an uns zurückschicken)***  |
| 1. | **Gesuchstellende Person**Name:  |       |
| Vorname:  |       |
| Geburtsjahr:  |       |
| Adresse (Strasse, Nr., PLZ/Ort):  |       |
| Wie wurde die Identität der gesuchstellenden Person überprüft? (War keine Überprüfung möglich, darf das Arzneimittel nicht abgegeben werden!)  |       |
| 2. | **Behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt**Name:  |       |
| Vorname:  |       |
| Adresse (Strasse, Nr., PLZ/Ort):  |       |
| Wie wurde überprüft, ob die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt über eine Berufsausübungs­bewilligung verfügt? (War keine Überprüfung möglich, darf das Arzneimittel nicht abgegeben werden!)  |       |
| 3. | Name des Arzneimittels:  |       |
| Darreichungsform und Dosierung:  |       |
| Tägliche Dosis:  |       |
| Abgegebene Menge (bitte genau angeben): (Kleinste im Handel erhältliche Packung, ausser bei triftigem Grund)  |       |
| 4. | Grund für die Abgabe:  |       |

Abgabedatum und -uhrzeit:

Stempel der Apotheke:

Unterschrift gesuchstellende Person: Unterschrift Apotheker/in:

………………………………………. ………………………………………..