Institution:

Apotheke:

# Verordnungsblatt

## Betäubungsmittel

Stempel Arzt:

Patient:

Name: Vorname: Geburtsdatum: Zimmer: Stock: Blatt Nr:

| Datum | Unterschrift Arzt | Medikament (**Nur Betäubungsmittel!**), galenische Form und Wirkstoffmenge pro Einheit | Dosierung/Anwendung | | | | Stoppdatum/ Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Mo | Mi | Ab | Na | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Version: Ersetzte Version: Autor: Freigegeben am:

**Gültigkeit: Für Substanzen der Verzeichnisse C und B, max. 6 Monate. Für Substanzen der Verzeichnisses A und D, max. 3 Monate**
(Quelle Betäubungsmittelkotrollverordnung Art, 46ff)

Ärztegesellschaft Baselland

bap Verband Baselbieter Alters-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen

Basellandschaftlicher Apotheker-Verband