|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***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:

………………………………………. ………………………………………..