

Ärztliche Anfragen zur ambulanten Palliativversorgung mit Betäubungsmitteln

Aufzeichnungen gemäß § 13 Abs. 1a Betäubungsmittelgesetz. Bitte drei Jahre nach der letzten Eintragung aufbewahren.

Name und Ort der Apotheke: _____

	Anfrage 1	Anfrage 2	Anfrage 3
Datum und Uhrzeit der Anfrage			
Name des anfragenden Arztes			
ggf. Anschrift und Telefonnummer des Arztes			
Bezeichnung des angefragten Betäubungsmittels			
ggf. PZN			
Information an den anfragenden Arzt. Bitte ankreuzen und vervollständigen.	<input type="checkbox"/> Arzneimittel ist vorrätig <input type="checkbox"/> Arzneimittel kann beschafft werden bis _____	<input type="checkbox"/> Arzneimittel ist vorrätig <input type="checkbox"/> Arzneimittel kann beschafft werden bis _____	<input type="checkbox"/> Arzneimittel ist vorrätig <input type="checkbox"/> Arzneimittel kann beschafft werden bis _____
Arzneimittel abgegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name des Apothekers			

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Formulierung verwendet. Selbstverständlich gelten alle Ausdrücke gleichermaßen für Frauen.