Patientenbezogene Betäubungsmittel-Dokumenation gem. § 13 Abs. 1 Satz 4 BtMVV	**Patient** …….. Name, Vorname …….. Geburtsdatum des Patienten	**Heim** Pflegeeinrichtung an der Sonne Musterstrasse 45899 Musterstadt	**Station**	**Laufende Blatt Nummer:** (für den genannten Patienten)

eindeutige Bezeichnung des Betäubungsmittels (bei Fertigarzneimitteln: Arzneimittelbezeichnung, Darreichungsform, Gewichtsmenge je abgeteilte Form/Packungseinheit bzw. Freisetzungsrate) …… genaue Dosierungsanweisung und Anwendungsart …… Unterschrift des Arztes: ……	**Verordner**	**Lieferant** Schloß-Apotheke Hippolytustraße 5 45899 Gelsenkirchen

Datum des Zugangs bzw. des Abgangs	Zugang in g, mg, ml oder Stück	Abgang in g, mg, ml oder Stück	Bestand Übertrag	Unterschrift der verantwortlichen Fachkraft	monatl. Prüfung des beh. Arztes mit Datum und Namenszeichen	ggf. Prüfung durch beliefernde Apotheke mit Datum und Namenszeichen **ggf. Btm-Rezept-Nr.**

Datum des Zugangs bzw. des Abgangs	Zugang in g, mg, ml oder Stück	Abgang in g, mg, ml oder Stück	Bestand Übertrag	Unterschrift der verantwortlichen Fachkraft	monatl. Prüfung des beh. Arztes mit Datum und Namenszeichen	ggf. Prüfung durch beliefernde Apotheke mit Datum und Namenszeichen **ggf. Btm-Rezept-Nr.**

Nachdruck ohne Genehmigung verboten!