



Medizinische Dienste

► Bewilligungen und Recht

Bewilligungen
Malzgasse 30
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 95 26
E-Mail: bewilligungen-bs@hin.ch
www.bs.ch/md

Meldung
der Apotheke (Stempel)

Verantwortliche Leitung
(Name)

Betäubungsmittel Lagerbestand vom 1. Januar bis 31. Dezember

Spezialität/Handelsname	Dosierung	Packungsgrösse Darreichungsform	Lagerbestand 01.01.	Eingänge	Ausgänge	Endbestand 31.12.
-------------------------	-----------	------------------------------------	------------------------	----------	----------	----------------------

Spezialität/Handelsname	Dosierung	Packungsgrösse Darreichungsform	Lagerbestand 01.01.	Eingänge	Ausgänge	Endbestand 31.12.
-------------------------	-----------	------------------------------------	------------------------	----------	----------	----------------------

Spezialität/Handelsname	Dosierung	Packungsgrösse Darreichungsform	Lagerbestand 01.01.	Eingänge	Ausgänge	Endbestand 31.12.
-------------------------	-----------	------------------------------------	------------------------	----------	----------	----------------------

Spezialität/Handelsname	Dosierung	Packungsgrösse Darreichungsform	Lagerbestand 01.01.	Eingänge	Ausgänge	Endbestand 31.12.
-------------------------	-----------	------------------------------------	------------------------	----------	----------	----------------------

Spezialität/Handelsname	Dosierung	Packungsgrösse Darreichungsform	Lagerbestand 01.01.	Eingänge	Ausgänge	Endbestand 31.12.
-------------------------	-----------	------------------------------------	------------------------	----------	----------	----------------------

Spezialität/Handelsname	Dosierung	Packungsgrösse Darreichungsform	Lagerbestand 01.01.	Eingänge	Ausgänge	Endbestand 31.12.
-------------------------	-----------	------------------------------------	------------------------	----------	----------	----------------------

Substanzname	Lagerbestand* 01.01.	Eingänge*	Ausgänge*	Endbestand* 31.12.
--------------	-------------------------	-----------	-----------	-----------------------

*Angaben Gewicht

Bemerkungen

Die/der Unterzeichnende bestätigt mit ihrer/seiner Unterschrift, dass die eingeforderten und gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ort und Datum

Stempel der Apotheke
Unterschrift der fachlichen Leitung