

Datum:	Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.	Krankenhaus:	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Name:	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Station:	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Grund der Rückgabe:	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Kostenstelle:	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Telefon-Nr.:	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Bei der Rücksendung falsch gelieferter oder zu viel bestellter Artikel bitte eine Kopie des Lieferscheins beilegen! Die Kiste mit einer gelben Verschlussplombe verschließen. Die gelben Verschlussplomben sind über die Apotheke zu beziehen (**SAP-Nr.: 116098**).

Bitte beachten: **Kühlware kann grundsätzlich nicht retourniert werden!**

Die Rückgabe von **Betäubungsmitteln** ist für nicht KRH-angehörige Vertragshäuser nicht möglich!

Werden von Station nicht gelistete Bestellarzneimittel (auch im Anbruch) an die Zentralapotheke zurückgegeben, kann eine Gutschrift nur erfolgen, wenn ein Bedarf in anderen Abteilungen des Klinikums gesichert ist.

Packungs-anzahl	Artikelbezeichnung	Verfalldatum	Bearbeitungsvermerk / Kürzel Apotheke
	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	
	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	
	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	
	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	
	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	
	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	
	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	

Hiermit bestätige ich die ordnungsgemäße Lagerung der retournierten Arzneimittel bei 15 – 25 °C und den Bezug durch die KRH Zentralapotheke.

 Name / Unterschrift Stationsmitarbeiter*in

.....
 Bitte den unteren Abschnitt abschneiden und gut sichtbar als Adressschild an der Kiste anbringen

RETOURE
 an
KRH Zentralapotheke
Roesebeckstraße 15
30449 Hannover