

→ Bitte diesen Beleg vollständig ausgefüllt mit ärztlicher Unterschrift der abgebenden Station vorlegen!

Pos	Arzneimittel (Darreichungsform)	Menge (in Stück)	Datum	Anfordernde Station	ARZTUNTERSCHRIFT anfordernde Station	ABGABE: Menge/ Charge*
1						
2						
3						
4						

Abgebende Stelle (Haus, Station) _____ Kostenstellen-Nr.: _____

Abgegeben: Datum: _____ Name: _____ Unterschrift: _____

*Bei Arzneimitteln, die dem **Transfusionsgesetz** unterliegen, bitte bei Abgabe die zugehörige **Chargenbezeichnung** angeben. Es muss seitens des Anwenders eine personenbezogene Dokumentation in SAP erfolgen!

Nach Abgabe eines Medikamentes an andere Stationen bitte dieses Formular vollständig ausfüllen und umgehend mit Unterschrift und leserlichem Namen an die KRH Zentralapotheke faxen, damit die verbrauchende Stelle belastet werden kann: **Fax-Nr. 0511-927 6926**

→ Die Medikamente werden NICHT automatisch wieder aufgefüllt! Bei Bedarf fordern Sie die Medikamente bitte über SAP neu an.

Nur von der Apotheke auszufüllen:

Artikel Pos _____ der Station _____ gutgeschrieben



Datum:

Artikel Pos _____ der Station _____ nachbelastet



Name: Unterschrift: