

## Protokoll über die Vernichtung nicht mehr verkehrsfähiger / nicht mehr benötigter Betäubungsmittel gemäß §16 Betäubungsmittelgesetz

|                              |                         |
|------------------------------|-------------------------|
| <b>Krankenhaus, Station:</b> | <b>Laufende Nummer:</b> |
|------------------------------|-------------------------|

| Datum | Ggf. Patientenaufkleber | Bezeichnung/<br>Wirkstoff | Menge in<br>Stück, ml<br>oder mg | Grund der<br>Vernichtung<br>Behandlungsende=E<br>Verfall= V<br>Bruch= B | Name in Druckbuchstaben<br>Unterschrift |         |         |
|-------|-------------------------|---------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------|---------|
|       |                         |                           |                                  |                                                                         | Ausführender                            | Zeuge 1 | Zeuge 2 |
|       |                         |                           |                                  |                                                                         |                                         |         |         |
|       |                         |                           |                                  |                                                                         |                                         |         |         |
|       |                         |                           |                                  |                                                                         |                                         |         |         |
|       |                         |                           |                                  |                                                                         |                                         |         |         |
|       |                         |                           |                                  |                                                                         |                                         |         |         |
|       |                         |                           |                                  |                                                                         |                                         |         |         |
|       |                         |                           |                                  |                                                                         |                                         |         |         |
|       |                         |                           |                                  |                                                                         |                                         |         |         |
|       |                         |                           |                                  |                                                                         |                                         |         |         |
|       |                         |                           |                                  |                                                                         |                                         |         |         |
|       |                         |                           |                                  |                                                                         |                                         |         |         |
|       |                         |                           |                                  |                                                                         |                                         |         |         |
|       |                         |                           |                                  |                                                                         |                                         |         |         |
|       |                         |                           |                                  |                                                                         |                                         |         |         |
|       |                         |                           |                                  |                                                                         |                                         |         |         |