

**Departement des Innern**

Gesundheitsamt  
 Ambassadorshof  
 Riedholzplatz 3  
 4500 Solothurn  
 gesundheit.bab@ddi.so.ch

Version: 1.3  
 Autorin: ELE  
 Datum: 22.01.2025

**Lieferschein für Betäubungsmittelentsorgung**

| Handelsname oder Substanzname<br>(nur Eigenbestände auflisten, keine Rückgaben von Patient/-innen!) | Galenische Form | Dosierung in mg | Packungsgrösse | Anzahl Originalpackungen | Bei Anbruch: Restinhalt | Grund * (1, 2, 3) | *Bitte leer lassen*<br><br>Kontrolle durch Abteilung GesV |
|---|-----------------|-----------------|----------------|--------------------------|-------------------------|-------------------|---|
|   |                 |                 |                |                          |                         |                   |   |
|   |                 |                 |                |                          |                         |                   |   |
|   |                 |                 |                |                          |                         |                   |   |
|   |                 |                 |                |                          |                         |                   |   |
|   |                 |                 |                |                          |                         |                   |   |
|   |                 |                 |                |                          |                         |                   |   |
|   |                 |                 |                |                          |                         |                   |   |

\*Grund: 1. Verfallsdatum überschritten / 2. Sortimentsbereinigung / 3. Lagerprodukt beschädigt

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <b>Rückgaben von Patient/-innen beiliegend:</b><br>Rückgaben von Patient/-innen müssen in der Liste oben nicht aufgeführt werden. Bitte Rückgaben von Patient/-innen entsprechend gekennzeichnet in einem separatem Sack innerhalb des Pakets abpacken. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|---|-----------------------------|-------------------------------|

**Stempel / Anschrift des Betriebs**

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

**Unterschrift der gesamtverantwortlichen Leitungsperson oder deren Stellvertretung:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Falls abweichend:**

Funktion der unterzeichnenden Person

Apotheker/in  
 Pharma- Assistentin  MPA  andere: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass die gesamtverantwortliche Leitungsperson über die Rücksendung informiert ist.

**Durch die Abteilung Gesundheitsversorgung des Gesundheitsamtes auszufüllen:**

Zur Entsorgung entgegengenommen und kontrolliert.

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift: \_\_\_\_\_

Eine Kopie dieses Lieferscheins erhalten Sie zusammen mit einem Bestätigungsschreiben per E-Mail, sobald die Abteilung Gesundheitsversorgung des Gesundheitsamtes Ihre Rücksendung erhalten und kontrolliert hat.