

Meldung

Rezeptfälschung

(§ 57 Abs. 1 Gesundheitsgesetz [GesG; BGS 811.11])

1. Angaben zur meldenden Apotheke

Meldende Apotheke (Stempel):

Meldende/r Apotheker/-in (Name, Vorname):

2. Angaben zum gefälschten Rezept

Fälschungsmerkmale:

Wurde die/der verordnende(r) Ärztin/Arzt kontaktiert? ☐ Ja ☐ Nein

Wurde die Rezeptfälschung bestätigt? ☐ Ja ☐ Nein

Wurde das Rezept ausgeführt? ☐ Ja ☐ Nein

Wurde das Rezept eingezogen? ☐ Ja ☐ Nein

Bitte legen Sie eine Kopie des gefälschten Rezeptes bei.

3. Bestätigung und Unterschrift

Ort und Datum

Unterschrift meldende/r Apotheker/-in:

.....

.....

Bitte vollständig ausgefülltes und unterzeichnetes Meldeformular an gesundheit.bab@ddi.so.ch senden.