Betäubungsmittel-Dokumentation Im Altenheim Friedrichsburg Gem. § 13 Abs. 1 Satz 4 BtMVV	**Laufende Blatt Nummer:**
Name, Vorname: Geburtsdatum des Bewohners:	
Bezeichnung des Betäubungsmittels: (Arzneimittelbezeichnung, Darreichungsform Dosierung: (die ärztliche Verordnung ist der Bewohner Dokumentation zu entnehmen.)	
Name, Vorname des behandelnden Arztes:	

Datum des Zugangs oder des Abgangs:	Zugang:	Abgang:	Bestand:	Hdz. Pflegefachkraft	**Vergabe flüssige BTM**		Prüfung / Datum/ Hdz.
	in g, mg, ml oder Stück		Übertrag:		Verabreicht in mg	Verworfen in mg	

4726	Formular Dokumentation Betäubungsmittel	ALTENHEIM FRIEDRICHSBURG gGMBH

Datum des Zugangs oder des Abgangs:	Zugang:	Abgang:	Bestand:	Hdz. Pflegefachkraft	**Vergabe flüssige BTM**		Prüfung / Datum/ Hdz.
	in g, mg, ml oder Stück		Übertrag:		Verabreicht in mg	Verworfen in mg	