

Formular zur Einschränkung der Medikamentenabgabe

Die Einschränkung der Medikamentenabgabe betrifft:

Frau / Herr:

Name:

Vorname:

Adresse / Nr.:

PLZ / Ort:

Geburtsdatum:

Im Einverständnis mit meinem behandelnden Arzt, ermächtige ich die Aufsichtsbehörde, die folgenden Informationen zur Medikamenteneinschränkung auszustellen:

Produkt(e):

Dieses Medikament wird mir nur von der Apotheke (Name und Adresse) ausgehändigt:

.....

Und ausschliesslich auf Rezept von Dr.

Diese Einschränkung ist bis auf Widerruf durch den verschreibenden Arzt gültig.

Stempel des behandelnden Arztes :

Ein Informationsrundsreiben wird durch den Kantonsapotheker an alle öffentlichen Apotheken im Kanton Wallis (ggf. auch in anderen Kantonen) verteilt.

Der Kantonsarzt behält sich das Recht vor, bei gleichzeitigen Verordnungen durch andere Ärzte (ggf. in anderen Kantonen) Kontakt aufzunehmen.

Ort / Datum : Unterschrift des Patienten

Formular unterzeichnet bitte an Kantonsapotheker/-in retournieren:

pharmacies-cantonal@admin.vs.ch

oder

Dienststelle für Gesundheitswesen, Avenue de la Gare 23, PF 478, 1951 Sitten

