

INSPEKTIONSprotokoll ÖFFENTLICHE APOTHEKEN

Stempel der Apotheke	
Apotheke (Name, Adresse, verantwortlicher Apotheker ¹)	
Anlass der Inspektion	
Datum und Zeit der Inspektion	
Datum der letzten Inspektion	
Inspektor(en)	
Teilnehmer des Betriebs	

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Dokument das generische Maskulinum verwendet. Die in dieser Arbeit verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich – sofern nicht anders kenntlich gemacht – auf alle Geschlechter.

1. Allgemeine Angaben zum Betrieb					
Angaben zur Apotheke					
Telefonnummer					
E-Mail-Adresse					
Homepage					
ZSR-Nummer					
GLN-Identifikationsnummer					
Bemerkungen:					
Öffnungszeiten der Apotheke					
Montag-Donnerstag					
Freitag					
Samstag					
Sonntag					
Total Stunden / Woche					
Fassade / Eingang					
Vom Betrieb auszufüllen :			Beurteilung durch Inspektoren :		
	ja	nein	i.o.	mangelhaft	
Beschriftung der Apotheke					
Name des verantwortlichen Apothekers klar ersichtlich					
Notfalldienst von aussen sichtbar angebracht					



Tätigkeitsgebiet / Charakterisierung der Apotheke			
Kombination mit Drogerie		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Parfümerie, Kosmetika		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebensmittel		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pharmazeutische Betreuung von Alters- und Pflegeheimen (APH) (wenn ja, bitte nähere Angaben unter "Bemerkungen")		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Impfen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere (Laboranalysen, Hörtest, Blutdruckmessungen...) (wenn ja, bitte nähere Angaben unter "Bemerkungen")		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bemerkungen:			
Bewilligungen			
Kantonale Bewilligung			
Betriebsbewilligung	<input type="checkbox"/> ja	Datum:	<input type="checkbox"/> nein
Versandhandelsbewilligung	<input type="checkbox"/> ja	Datum:	<input type="checkbox"/> nein
Swissmedic Bewilligungen			
Grosshandel	<input type="checkbox"/> ja	Datum:	<input type="checkbox"/> nein
Herstellung	<input type="checkbox"/> ja	Datum:	<input type="checkbox"/> nein
Einfuhr / Ausfuhr	<input type="checkbox"/> ja	Datum:	<input type="checkbox"/> nein
Notfalldienst			
Teilnahme am Notfalldienst		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn nein delegiert an			



2. Qualitätssicherungssystem					
Vom Betrieb auszufüllen :			Beurteilung durch Inspektoren :		
	ja	nein	i.o.	man- gelhaft	
QSS eines externen Anbieters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Externes Audit durchgeführt Datum: 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Zertifikat erhalten Datum: Gültig bis: 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eigenes QSS der Apotheke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Selbstaudit durchgeführt Datum: 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
QSS auf Grösse und Aktivitäten der Apotheke abgestimmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verfahrensbeschreibung für relevante Prozesse vorhanden (u.a. einfacher Verkauf/OTC, Rezeptverkauf, Abgabe rezeptpflichtige Medikamente ohne Rezept, B+/B-, Notfallkontrazeption)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Organigramm vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pflichtenheft für jeden Mitarbeitenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schulung und regelmässige Information der Mitarbeitenden über QSS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Teamsitzungen / Personalschulungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeitenden geregelt und dokumentiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bemerkungen:					



2. Personal			
Verantwortlicher Apotheker			
Name, Vorname			
Kantonale Berufsausübungsbewilligung in eigener fachlicher Verantwortung	<input type="checkbox"/> ja	Datum:	<input type="checkbox"/> nein
<i>Stellung im Betrieb:</i>			
<input type="checkbox"/> Besitzer/in		<input type="checkbox"/> Verwalter	
<input type="checkbox"/> Verantwortlich		<input type="checkbox"/> Co-Verantwortlich	
Beschäftigungsgrad :	%	Std / Woche	
<i>Verantwortlicher Apotheker = fachtechnisch verantwortliche Person (fvP)</i>			
Verantwortlicher Apotheker			
Name, Vorname			
Kantonale Berufsausübungsbewilligung in eigener fachlicher Verantwortung	<input type="checkbox"/> ja	Datum:	<input type="checkbox"/> nein
<i>Stellung im Betrieb:</i>			
<input type="checkbox"/> Besitzer/in		<input type="checkbox"/> Verwalter	
<input type="checkbox"/> Verantwortlich		<input type="checkbox"/> Co-Verantwortlich	
Beschäftigungsgrad :	%	Std / Woche	
<i>Verantwortlicher Apotheker = fachtechnisch verantwortliche Person(en) (fvP)</i>			
Unabhängigkeit / Präsenzzeit			
Falls Verantwortlicher Apotheker nicht Besitzer der Apotheke: Fachliche Unabhängigkeit vertraglich zugesichert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Betriebsbewilligung der Apotheke lautet auf verantwortlichen Apotheker	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Vorgeschriebene Anwesenheit während der Öffnungszeiten der Apotheke vom verantwortlichen Apotheker gewährleistet <i>60% oder 25.5 Stunden auf 3 Tage verteilt, Co-Verantwortung = je 50% oder 21.25 Stunden auf 3 Tage verteilt</i>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	



Weitere Apotheker						
Name, Vorname	Beschäftigungs- grad	Berufsausübungsbewilligung VS				
		In eigener fachlicher Verantwortung seit	In Ausbildung FPH seit			
Präsenz der Apotheker						
Lückenlose Präsenz von Apothekern mit Berufsausübungsbewilligung VS oder 90-Tage-Meldung gewährleistet				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Fortbildung der Apotheker						
Vom Betrieb auszufüllen :			Beurteilung durch Inspektoren :			
	ja	nein	i.o.	mangel- haft		
Fortbildungspflicht aller Apotheker erfüllt (Nachweise der zwei letzten vergangenen Jahre vorweisen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Weiterbildungspflicht aller Inhaber von Fähigkeitsausweisen erfüllt						
<ul style="list-style-type: none"> • Impfen und Blutentnahme (inkl. BLS-AED alle 2 Jahre) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese in der Grundversorgung 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Organisatorisches						
Vom Betrieb auszufüllen :			Beurteilung durch Inspektoren :			
	ja	nein	i.o.	mangel- haft		
Einsatzpläne vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Personal mit Name und Funktion bezeichnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Geregelter Informationsfluss zwischen / an die Mitarbeitenden vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Konkrete Bekleidungs Vorschriften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



3. Räumlichkeiten und Tätigkeitsbereich					
Allgemein					
Vom Betrieb auszufüllen :			Beurteilung durch Inspektoren :		
	ja	nein	i.o.	mangelhaft	
Verkaufsraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herstellraum/Herstellbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beratungsraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lagerräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Backoffice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pausenraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arzneimittelkommissionierungsautomat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Temperaturkontrolle in allen relevanten Räumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Temperaturmessgeräte kalibriert / entsprechende Genauigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alarmfunktion im Temperaturmessgerät vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bei erfolgten Temperaturabweichungen werden der Abweichung angemessene Massnahmen getroffen (Abklärungen Produktstabilität, Bestandsperrung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reinigungsplan für alle Räumlichkeiten liegt vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alle Räumlichkeiten sind vor dem Zugang durch Unbefugte geschützt, Abschiessbarkeit der Apotheke gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Gegebenheit der Apotheke stellt die Wahrung des Berufsgeheimnisses sicher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abgrenzung von Pausenraum und Toilette zum Herstellungsbereich gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verkaufsraum					
Vom Betrieb auszufüllen :			Beurteilung durch Inspektoren :		

	ja	nein	i.o.	mangelhaft	
Verkaufsraum sauber und ordentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beaufsichtigung des Apothekenpersonals im Verkaufsraum gewährleistet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Publikumsbereich klar von den anderen Bereichen abgetrennt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Keine Freiwahl für Arzneimittel der Abgabekategorien A und B					
Keine Freiwahl für Arzneimittel mit Abhängigkeitspotenzial					
Falls Arzneimittel der Abgabekategorie D in Freiwahl: Beratung durch eine Fachperson gewährleistet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chemische Produkte getrennt ausgestellt von medizinischen Produkten und Lebensmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Name fvP auf Etiketten und Stempel vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etiketten von Hausspezialitäten korrekt (Kennzeichnung «eigene Formel», Bezeichnung, Mengenangabe, Zusammensetzung, Dosierung, allg. Lagervorschriften, Warnhinweise, Verfallsdatum, ggf. Ablauffrist, Chargennummer, Name der Apotheke, fvP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Preisanschrift der Produkte gewährleistet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Posologieetikette Rezeptverkauf	(hier Etikette aufkleben)				
Abgabe von Mietgeräten (Babywaage, Milchpumpe, Infrarotlampe, Inhalationsgerät, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Herstellraum / Herstellbereich					
Vom Betrieb auszufüllen :			Beurteilung durch Inspektoren :		
	ja	nein	i.o.	mangelhaft	
Geeignete Einrichtungen für pharmazeutische Tätigkeiten (Abfüllungen / Einzelherstellungen / Defekturen) vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Separater Raum 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Klar abgetrennter Arbeitsbereich 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Kapelle mit Abzug 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Laminar Flow-Bereich 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Andere (z.B. Gerät zur Wasseraufbereitung, Sterilisator) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Für die Herstellung verwendete Waage(n)					
<ul style="list-style-type: none"> • Bezeichnung 					
<ul style="list-style-type: none"> • Wägebereich 					
Wartungsverträge für Waagen vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eigenkontrolle der Waagen: Gewichtssteine und Dokumentation vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zugang zu aktueller Pharmakopöe vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sachgemässe Hygienevorschriften für Personal vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sachgemässe Reinigungsvorschriften für Arbeitsplatz vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sachgemässe Herstellungs- und Abfüllprotokolle vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Korrekte Beschriftung von Rohstoffen (inkl. Öffnungsdatum) gewährleistet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sicherheitsdatenblätter und Lieferantenzertifikate von allen Rohstoffen verfügbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Regelmässige Überwachung der Verwendbarkeitsfristen von Rohstoffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herstellungsumfang					
<ul style="list-style-type: none"> Magistralrezeptur 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Einzel- / Ad-hoc-Herstellungen ohne Rezept 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Spagyrik 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Defektur 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liste der Herstellungen in Defektur:					
<ul style="list-style-type: none"> Arzneimittel nach eigener Formel 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liste der Arzneimittel nach eigener Formel (inkl. Anzahl Chargen/ Jahr und Chargengrösse)					
Alle Arzneimittel nach eigener Formel beim Kantonsapotheker gemeldet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Beschriftung der Herstellungen entspricht den gesetzlichen Grundlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Etikette(n) einer Magistralrezeptur	(hier Etikette aufkleben)				
Leergebinde, Verpackungsmaterial vor Verschmutzung geschützt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etikette einer Abfüllung	(hier Etikette aufkleben)				
Wiederauffüllung von gebrauchten Gebinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sachgemässe Freigabe und Festlegung der Haltbarkeit gewährleistet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rückverfolgbarkeit gewährleistet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Im Lohnauftrag hergestellte Präparate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Falls Lohnherstellung:					
<ul style="list-style-type: none"> • Regelung der Verantwortlichkeiten gewährleistet 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Schriftlicher Vertrag vorhanden 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Herstellungsbewilligung des Lohnherstellers vorhanden 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Endfreigabe zur Abgabe durch Abgabestelle gewährleistet 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Dosiersysteme					
Werden Dosiersysteme gerichtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bereich ausreichend abgetrennt und geschützt					
Verblisterung Falls ja, Anbieter:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nachvollziehbarkeit der Chargennummern von gerichteten Medikamenten im Dosiersystem gewährleistet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herstellung und Kontrolle: ausführende Person jeweils dokumentiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn Arzneimittel unverblistert gerichtet werden: ausreichende Abklärungen zu Stabilität und Interaktionen vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Betäubungsmittel für Dosiersysteme ausreichend geschützt gelagert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beschriftung entspricht den Anforderungen (Patient, Einnahmezeitpunkt, Dosierung, Abgabestelle, ggf. Angaben zum Arzneimittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verblisterung in Lohnherstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Falls ja, Lohnherstellungsvertrag vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beratungsraum					
Vom Betrieb auszufüllen :			Beurteilung durch Inspektoren :		
	ja	nein	i.o.	mangelhaft	
Beratungsraum sauber und ordentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vorhandene Geräte					

Kalibrierung der Geräte belegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wundversorgung wird angeboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Impfen: Anforderungen erfüllt (Liege/Klappbett, Handwaschgelegenheit, Notfallausrüstung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lagerräume / Wareneingang					
Vom Betrieb auszufüllen :			Beurteilung durch Inspektoren :		
	ja	nein	i.o.	mangel -haft	
Medikamente, Lebensmittel und Chemikalien an allen Lagerorten klar voneinander getrennt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lagerung von Betäubungsmitteln ausreichend vor Diebstahl geschützt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Betäubungsmittelbuchführung gemäss Gesetzgebung des Bundes gewährleistet (Archiv 10 Jahre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Falls Arzneimittelkommissionierungsautomat vorhanden → abschliessbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antidota-Sortiment vorhanden (Aktivkohle, Simeticon, Biperiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lagerung von feuergefährlichen Produkten in geeignetem Schrank/Raum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Geeigneter Kühlschrank inkl. ordnungsgemässer Temperaturkontrolle vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angemessene Eingangskontrolle aller Waren gewährleistet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Regelmässige Kontrolle der Verfalldaten aller Arzneimittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sachgemässer Umgang mit Retouren von Kunden gewährleistet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Import von Arzneimittel aus dem Ausland entsprechend dokumentiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Backoffice					
Vom Betrieb auszufüllen :			Beurteilung durch Inspektoren :		
	ja	nein	i.o.	mangelhaft	
Backoffice ausreichend vor unbefugtem Zugang geschützt und Berufsgeheimnis gewahrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Datenspeicherung findet ordnungsgemäss statt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aufbewahrungsdauer von Rezepten eingehalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bemerkungen:					
4. Substitutionstherapien					
Vom Betrieb auszufüllen :			Beurteilung durch Inspektoren :		
	ja	nein	i.o.	mangelhaft	
Betreuung von Substitutionspatienten Wenn ja, wie viele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abgegebene Produkte korrekt beschriftet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etikette einer Substitutionsbehandlung					
Betäubungsmittelrezepte der jeweiligen Substitutionsbehandlungen vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bewilligungen der jeweiligen Substitutionsbehandlungen vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. Bemerkungen des Betriebes

--

6. Unterschrift der fvP(s)

Ort und Datum:

Name und Unterschrift der fvP(s):

--	--

7. Zusammenfassung und weiteres Vorgehen

Liste der Mängel und Abweichungen

Nr.	Beobachtung	KL	Termin für Behebung bzw. Massnahme
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

Weiteres Vorgehen		
Massnahmen / Behebung der Mängel notwendig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schriftliche Stellungnahme zur Mängelliste bzw. Massnahmenplan durch Apotheke notwendig.	<input type="checkbox"/> ja bis :	<input type="checkbox"/> nein
Nachinspektion notwendig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bemerkungen		
Datum und Unterschrift der Inspektoren		