



Meldeformular für Rezeptfälschungen und missbräuchlich verwendete Verschreibungen / Rezepte

Verschreibungen / Rezepte sind nach den Vorschriften der rezeptausstellenden Person auszuführen und gültig falls dies den Vorgaben von Art. 51 VAM (Arzneimittelverordnung SR 812.212.21) entsprechen. Bei Unstimmigkeiten im Rezept nimmt die Abgabestelle mit der rezeptausstellenden Person Kontakt auf. Zweifelt die abgebende Person an der Echtheit oder medizinischen Zweckmässigkeit der Verschreibung, nimmt sie Kontakt mit der verschreibenden Person auf. Bei auffälligen Verschreibungen oder bei Verdacht auf missbräuchliche Verwendung ist die Verschreibung im Original zusammen mit dem ausgefüllten Meldeformular der Kantonalen Heilmittelkontrolle, wenn es sich um Verschreibungen für Tierarzneimittel handelt, dem Veterinäramt, zuzustellen. (§ 16 Abs. 1 und 2 sowie § 17, Abs. 3 HMV (Heilmittelverordnung, LS 812.1)).

1. Informationen zur Apotheke

Angaben Apotheke: (alternativ Adress-Stempel anbringen)	Vertreten durch:
Firmenname:	Name:
Adresse:	Vorname:
Postleitzahl/Ort:	Funktion:
Tel-Nr.:	Formular erstellt am:
Fax-Nr.:	Formular erstellt durch:
E-Mail:	Unterschrift:

2. Informationen zum Rezept

Name der Arztpraxis / Institution:	
Adresse:	
Unterschrift Arzt / Ärztin vorhanden:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Arztstempel aufgeführt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name und Vorname des Patienten:	
Adresse (falls bekannt):	
Geburtsdatum:	
Verordnete(s) Medikament(e):	Menge/Dosierung:
In welcher Form wurde das Rezept vorgelegt (z.B. Original, Kopie in Papierform, Email, Scan, Fax, etc.)	
Wurde die Fälschung als solche erkannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie/Wann die Rezeptfälschung erkannt?	
Fälschungsmerkmale:	<input type="checkbox"/> Totalfälschung <input type="checkbox"/> Inhaltsverfälschung (falls Ja: welche?) <input type="checkbox"/> Kopie <input type="checkbox"/> Anderes:
Kontakt mit Rezeptaussteller aufgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
falls Ja: Antwort des Ausstellers:	
Rezept (Original) eingezogen?: Hinweis: Bei abgerechneten Rezepten (z.B. ofac) bitte Original des gefälschten Rezepts anfordern, ansonsten Scan zustellen.	<input type="checkbox"/> Ja (Originalrezept, siehe Beilage) <input type="checkbox"/> Ja (Kopie, siehe Beilage) <input type="checkbox"/> Nein

3. Informationen zum Ereignis

Datum und Uhrzeit:		
Videoaufnahmen vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja = Video selbständig auf einen Datenträger sichern und in der Apotheke aufbewahren.	<input type="checkbox"/> Nein
Wurden Arzneimittel abgegeben:	<input type="checkbox"/> Ja → Welche:	<input type="checkbox"/> Nein
Bezahlung bei Abgabe:	<input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Bar <input type="checkbox"/> Karte (welche: _____) <input type="checkbox"/> keine	
Häufigkeit:	<input type="checkbox"/> erstmaliger Vorfall <input type="checkbox"/> mehrmalige Vorfälle	
Auskunftsperson:	Name:	
	Vorname:	
	Funktion:	
	Erreichbarkeit:	
Personalien Überbringer bekannt:	<input type="checkbox"/> Ja	→ Personalien: _____
	<input type="checkbox"/> Nein	→ Bitte unten "Angaben zum Überbringer" ausfüllen

Die folgenden Angaben zum Überbringer (Beschreibung) dienen dazu die Eindrücke des betroffenen Apothekenpersonals festzuhalten. Die Auflistung orientiert sich an Vorgaben der Kantonspolizei und sind nur soweit bekannt, auszufüllen.

Angaben zum Überbringer:

Überbringer würde wiedererkannt:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Alter: von ____ bis ____ Jahre	Grösse: von ____ bis ____ cm	
Statur:	<input type="checkbox"/> athletisch <input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlank <input type="checkbox"/> k.A.	
Gesichtsform:	<input type="checkbox"/> breit <input type="checkbox"/> oval/rund <input type="checkbox"/> rechteckig <input type="checkbox"/> schmal <input type="checkbox"/> k.A.	
Haarfarbe:	<input type="checkbox"/> schwarz <input type="checkbox"/> braun <input type="checkbox"/> blond <input type="checkbox"/> grau <input type="checkbox"/> weiss <input type="checkbox"/> andere: <input type="checkbox"/> k.A.	
Haarton:	<input type="checkbox"/> gefärbt <input type="checkbox"/> meliert <input type="checkbox"/> k.A.	
Haarlänge:	<input type="checkbox"/> lang <input type="checkbox"/> mittellang <input type="checkbox"/> kurz <input type="checkbox"/> Haare rasiert <input type="checkbox"/> Glatze <input type="checkbox"/> Stirnglatze <input type="checkbox"/> Halbglatze <input type="checkbox"/> k.A.	
Haare Form:	<input type="checkbox"/> glatt <input type="checkbox"/> gelockt <input type="checkbox"/> gewellt <input type="checkbox"/> kraus <input type="checkbox"/> hochgesteckt <input type="checkbox"/> andere: <input type="checkbox"/> k.A.	
Bart:	<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> 3-Tage-Bart <input type="checkbox"/> Bart <input type="checkbox"/> Schnurrbart <input type="checkbox"/> Kinnbart	
Sehhilfe:	<input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> ohne	
Augenfarbe:	<input type="checkbox"/> braun <input type="checkbox"/> blau <input type="checkbox"/> grau <input type="checkbox"/> grün <input type="checkbox"/> k.A.	
Gesprochene Worte (Sprache, Dialekt) :		
Getragene Kleidung: (Effekten etc.)		
besondere Merkmale:		

4. Bemerkungen

5. Rechtskonforme Unterschrift

Die/der Unterzeichnende bestätigt, dieses Meldeformular wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.

Ort und Datum :

Unterschrift:

Das Meldeformular ist zusammen mit den relevanten Beilagen in schriftlicher Form zu senden an:

Kantonale Heilmittelkontrolle Zürich
Haldenbachstrasse 12
8006 Zürich