



**Kantonsapotheke**

**Lieferschein für Betäubungsmittelentsorgung**

Bitte senden Sie die Betäubungsmittel per  
Einschreiben an die nebenstehende Adresse  
(keine Schalterabgabe möglich).

Kantonsapotheke  
Heilmittelkontrolle  
Oberer Graben 32  
9001 St.Gallen

[www.kantonsapotheke.sg.ch](http://www.kantonsapotheke.sg.ch)

Handelsname oder Substanz inkl. Dosierung	Packungs- grösse	Anzahl OP oder Stückzahl		Grund * (1, 2, 3)	Bitte leer lassen
		OP	Stückzahl		

- \* Grund der Sendung: 1 Verfallsdatum überschritten  
2 zur Entsorgung erhalten  
3 Sortimentsbereinigung

**Stempel des Betriebs**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name (Blockschrift) und Unterschrift des verantwortlichen Apothekers, Arztes, Tier- oder Zahnarztes \*\*

\*\* Zur besseren Lesbarkeit wird nur die männliche Form verwendet.