

## BtM-Vernichtungsprotokoll gemäß § 16 BtMG

☐ aus Apothekenbestand	☐ aus Alten- und Pflegeheimbestand		uvom Kunden gebracht		
Bezeichnung		PZN		Menge	
Bestätigung der Vernichtung					
Ort, Datum (Aufbewahrungszeitraum: 3	Jahre)				
		Unterschrift der Person, die die Vernichtung ausgeführt hat			

Stempel

Unterschrift 1. Zeuge

Unterschrift 2. Zeuge