



Plausibilitätsprüfung für Cannabisextrakte

§7 ApBetrO

Rezepturname / Rezeptkopie auf Rückseite anheften

Unbedenklichkeit der Rezeptur

Sind Dosierung, Applikationsart bekannt und plausibel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein*
Wirkstoffdosis eindeutig und therapeutisch üblich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein*
Ist der 30-Tages-Bedarf von 1000 mg Cannabisextrakt bezogen auf den Δ ⁹ -THC-Gehalt überschritten (BtMVV)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Enthält die Verordnung ein „A“	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein*
	<input type="checkbox"/> Nicht zutreffend	
Ausgangsstoffe unbedenklich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein*
Sind alle Ausgangsstoffe mit validem Prüfzertifikat erhältlich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein*

Stabilität und Kompatibilität

Inkompatibilität der Ausgangsstoffe ausgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein*
Instabilität der Ausgangsstoffe ausgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein*
Zusätzliche Konservierungsmittel erforderlich?	<input type="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Nein
Laufzeit der Rezeptur bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein*
Aufbrauchfrist bekannt und ausreichend für die Anwendungsdauer?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein*

Bewertung

Die vorliegende Rezeptur kann angefertigt werden. (Falls Nein, bitte Rücksprache mit dem Arzt – Klärung notwendig!)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein*
---	-----------------------------	--------------------------------

*Anmerkungen – ggf. weitere Prüfungen oder Rücksprache mit dem verordnenden Arzt

Freigabe durch Apotheker/-in

Ort, Datum	Unterschrift Apotheker/-in	Apotheken-Stempel
------------	----------------------------	-------------------