

Name und Anschrift / Praxisstempel

Regierungspräsidium Kassel  
Dezernat 23  
34117 Kassel

### Zusatzangaben bei Beendigung der Teilnahme am Betäubungsmittelverkehr

Meine Betäubungsmittelnummer lautet \_\_\_\_\_

- Die vorhandenen Betäubungsmittel werden / wurden an meinen / meine  
Nachfolger/in übergeben (Übergabe).

Name \_\_\_\_\_

Betäubungsmittelnummer: \_\_\_\_\_

- Die vorhandenen Betäubungsmittel werden / wurden an den Lieferanten  
zurückgesendet (Rückgabe).

Name \_\_\_\_\_

Betäubungsmittelnummer: \_\_\_\_\_

- Bei Rückgabe / Übergabe an den Nachfolger: Ein Abgabebeleg gemäß § 1  
der Betäubungsmittel-Binnenhandelsverordnung wurde ausgestellt.

- Die vorhandenen Betäubungsmittel werden / wurden durch mich gemäß § 16  
(1) und (3) des Betäubungsmittelgesetzes vernichtet. Den Nachweis habe ich  
beigefügt.

- Die vorhandenen Betäubungsmittel werden / wurden durch eine öffentliche  
Apotheke vernichtet. Den Nachweis habe ich beigefügt.

- Dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte – Bundesopium-  
stelle -, Kurt-Kiesinger-Allee 3 in 53175 Bonn habe ich Beendigung der  
Teilnahme am Betäubungsmittelverkehr angezeigt.

Ort

Datum

Unterschrift