

CIRRNET-Fall ID: 139774

Quick-Info: «Medikamente in falscher Schachtel entdeckt»

08.10.2026

Vergleichbare Fälle aus der CIRRNET-Datenbank:

«Im Medischrank war eine offene Schachtel Atorvastatin 40mg welche keine Tbl. à 40 mg enthielten sondern nur Tbl. à 80 mg.»

«Abgabe des falschen Medikamentes, in falscher Dosierung, welches sich in einer Schachtel mit anderer Beschriftung befand (Medikament A, in Verpackungsschachtel des Medikament B). Bemerkt wurde Fehler da Patient fragte, warum die Tabletten heute anders ausgesehen haben. Nachkontrolle durch Arzt welche Medikamente verabreicht wurden.»

«In einer Medikamentenschachtel befand sich das Medikament mit gleichen Namen aber anderer Stärke. Name auf der Schachtel: Itinerol B6 (Kinder) - (20 mg Meclozin dihydrochlorid, 20 mg Pyridoxin hydrochlorid, 10 mg Coffein) Retouriert wurden 2 supp: Itinerol B6 (Erwachsene) - (50 mg Meclozin dihydrochlorid, 50 mg Pyridoxin hydrochlorid, 20 mg Coffein) Bei der Bestückung des neuen Medikamentschranks wurde dies festgestellt.»

«Aspirin Tbl 100mg sind in der Schachtel der Aspirin Tbl 300mg versorgt. Gefahr der Verwechslung besteht.»

«Morgenmedikamente gerichtete, festgestellt das Torem Tbl. 10mg in der Schachtel der Torem 200mg waren.»

«Medikamentenbestellung , Kontrolle der Tabletten, Beloc Zok 200mg waren in der Schachtel der 100mg, Lisopril 5mg waren in der Schachtel der 20mg.»

«Bei der Kontrolle und richten von Morgenmedikation fehlten 2 eigene Medis. PP hat sie aus dem Sack mit eigenen Medis gerichtet, Schachtel angeschaut, aber nicht Blister. Im Zimmer durch die Kontrolle von Pat., stellte sich heraus, dass Amlodipin 2x gerichtet war, 1 Tbl gleich von PP weg genommen. PP ging dem nach und stellte fest, dass Amlodipin in der original Verpackung war + aber auch noch fälschlicherweise in einer anderen Schachtel mit einem anderen Med.(evtl. falsch versorgt nach Medi richten gestern).»

«Für eine Abort-Curettage wollte ich eine Ampulle Methergin aus der Originalpackung im Kühlschrank nehmen. Vor dem Aufziehen bemerkte ich, dass es sich dabei um eine Ampulle Sandostatin handelte, die fast genau gleich aussieht, wie Methergin. Diese Ampulle, die wir eigentlich gar nicht im OP vorrätig haben, wurde wohl versehentlich in die Methergin-Schachtel versorgt.»

«Bei der Vorbereitung der Medikamente für einen IV-Block wurde fast versehentlich Chloroprocain 3% anstatt Chloroprocain 0,5% (Ivracain) aufgezogen, da die beiden Medis in der gleichen Schachtel versorgt waren.»