

**SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG
FORMULAR WEITERFÜHRUNG / AKTUALISIERUNG**

 Kantonsinterne Patientennummer
(durch den Kantonsärztlichen Dienst
auszufüllen):

ADMINISTRATIVE ANGABEN
PATIENTIN/PATIENT
Geschlecht 1 männlich 2 weiblich

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

Erste Staatsangehörigkeit
Zweite Staatsangehörigkeit
Heimatort (CH)
Zivilstand

- 1
-
- ledig
-
- 2
-
- verheiratet
-
- 3
-
- getrennt (gerichtlich)
-
- 4
-
- geschieden
-
- 5
-
- verwitwet
-
- 6
-
- registrierte Partnerschaft
-
- 1
-
- nicht bekannt

Name **Vorname**
Strasse **PLZ/Ort**
BEHANDELNDE/R ÄRZTIN/ARZT
Einrichtung
Name **Vorname**
Strasse **PLZ/Ort**
Telefon **Mobilitel.**
Fax **E-Mail**
BEHANDLUNG
F1. Beginn der Behandlungsweiterführung (Datum) (Tag/Monat/Jahr)

F2. Substitutionspräparat (Substanz) für die Weiterführung der Behandlung

- 1
-
- Methadon (z.B. Methadon Streuli®, Ketalgin®) 5
-
- anderes,
- nämlich*
-
- 2
-
- Buprenorphin (z.B. Temgesic®, Subutex®)
-
- Anderes Substitutionspräparat:
-
- 3
-
- retardiertes Morphin (z.B. Kapanol®, Sevre-Long®, MST®)
-
- 4
-
- Oxycodon (z.B. Oxycotin®, Oxycodon Sandoz®)

F.3 Galenische Form

- 1
-
- Lösung (oral) 4
-
- Injektionslösung
-
- 2
-
- Tabletten 5
-
- andere,
- nämlich*
-
- 3
-
- Kapseln
-
- Andere galenische Form:

F4. Für die Weiterführung der Behandlung vorgesehene Tagesdosis (mg/Tag): _____ mg/Tag

F5. Abgabestelle für die Weiterführung der Behandlung

- 1
-
- verschreibende Instanz (Ärztin/Arzt oder Einrichtung) 4
-
- Gefängnis
-
- 2
-
- Einrichtung (andere als verschreibende Instanz) 5
-
- andere
-
- 3
-
- Apotheke

F5.1 Name und Adresse der Abgabestelle

Name der Abgabestelle _____
 Strasse _____
 PLZ/Ort _____

F6. Verabreichung durch Drittinanz (im Falle, dass das Präparat nicht direkt der Patientin/dem Patienten abgegeben wird)

1 ja, *nämlich*  Name und Adresse der Drittinanz:

2 nein

 Vollständiger Name _____
 Strasse _____
 PLZ/Ort _____

F7. Zusatzmedikation im Rahmen der Weiterführung der Behandlung (therapeutische Gruppen)
 (mehrere Antworten möglich)

- a keine
- b Benzodiazepine mit kurzer Halbwertszeit
 Exakte Präparat-Bezeichnung: _____  Dosis (mg/Tag): _____
- c Benzodiazepine mit langer Halbwertszeit
 Exakte Präparat-Bezeichnung: _____  Dosis (mg/Tag): _____
- d andere Beruhigungsmittel/Schlafmittel/Sedativa
 Exakte Präparat-Bezeichnung: _____  Dosis (mg/Tag): _____
- e opioide Analgetika
 Exakte Präparat-Bezeichnung: _____  Dosis (mg/Tag): _____
- f Psychostimulanzien (z.B. Ritalin®, Modasomil®)
 Exakte Präparat-Bezeichnung: _____  Dosis (mg/Tag): _____
- g Neuroleptika
- h Antidepressiva
- i Antiepileptika
- j HIV-Behandlung
- k Hepatitis-Behandlung
- l nicht-opioide Analgetika
- m Antabus
- n Verhütungsmittel
- o andere, *nämlich*
 Andere Zusatzmedikation: _____

Anmerkungen/Kommentare

Bestätigung und Unterschrift der/des Patientin/Patienten

Die unterzeichnende Person stimmt der vorgesehenen Behandlung, der Weitergabe dieses Einverständnisses an die/den Kantonsärztin/Kantonsarzt und, falls erforderlich, dem Informationsaustausch zwischen der/dem aktuell und vorangehend verschreibenden Ärztin/Arzt zu.

Unterschrift der Patientin / des Patienten _____ Unterschrift (und Stempel) der verschreibenden Ärztin / des verschreibenden Arztes _____

Bewilligung des Kantonsarztes

Bewilligung zur Abgabe von: _____ Gültig vom: _____ bis: _____

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____