


**SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG  
FORMULAR ABSCHLUSS**

 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    Mobiltel.

Fax    E-Mail

**BEHANDLUNG**

S1. Datum Behandlungsende (letzte Präparat-Abgabe)    | | | | | | | | (Tag/Monat/Jahr)

**S2. Art der Beendigung**

- 1
- 
- planmässig ohne Überweisung    5
- 
- Inhaftierung
- 
- 2
- 
- planmässig mit Überweisung    6
- 
- Kontaktverlust
- 
- 3
- 
- Wohnortwechsel    7
- 
- expliziter Abbruch/Ausschluss
- 
- 4
- 
- Hospitalisierung    8
- 
- Tod

**S3. Wird die Substitutionsbehandlung bei einer/em anderen verschreibenden Ärztin/Arzt weitergeführt?**

- 1
- 
- ja (->genauere Angaben; S3.1)    2
- 
- nein    -1
- 
- nicht bekannt

**S3.1 Name und Adresse der Ärztin/des Arztes, die/der die Verschreibung weiterführen wird**

Name    Vorname

Strasse    PLZ/Ort

Telefon    Mobiltel.

Fax    E-Mail

**Bewilligung des Kantonsarztes**

Bewilligung zur Abgabe von: .....

Gültig vom: ..... bis: .....

Ort / Datum: .....

Unterschrift: .....