


**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 Beendung

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> planmässig ohne Überweisung | 5 <input type="checkbox"/> Inhaftierung |
| 2 <input type="checkbox"/> planmässig mit Überweisung | 6 <input type="checkbox"/> Kontaktverlust |
| 3 <input type="checkbox"/> Wohnortwechsel | 7 <input type="checkbox"/> expliziter Abbruch/Ausschluss |
| 4 <input type="checkbox"/> Hospitalisierung | 8 <input type="checkbox"/> 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: