



Beachten Sie folgendes:

Alle Daten (Geburtsdatum, Behandlungsbeginn, o.ä) müssen ohne Punkt eingegeben werden (z.B. 01012022).

Die rot umrandeten Felder sind Pflichtfelder.

Kasernenstrasse 17

9102 Herisau

kantonsarzt@ar.ch

www.ar.ch

**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
- 7 nicht bekannt

Name Vorname

Strasse PLZ/Ort

BEHANDELNDE/R ÄRZTIN/ARZT

Einrichtung

Name Vorname

Strasse PLZ/Ort

Telefon E-Mail

BEHANDLUNG

S1. Datum Behandlungsende (letzte Präparat-Abgabe)

--	--	--	--	--	--	--	--

 (Tag/Monat/Jahr)

S2. Art der Beendung

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

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

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

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

Name Vorname

Strasse PLZ/Ort

Telefon E-Mail.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per Mail an kantonsarzt@ar.ch