



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

**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
- 7 nicht bekannt

Name Vorname

Strasse PLZ/Ort

BEHANDELNDE/R ÄRZTIN/ARZT

Einrichtung

Name Vorname

Strasse PLZ/Ort

Telefon 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[®])
 - 2 Buprenorphin (z.B. Temgesic[®], Subutex[®])
 - 3 retardiertes Morphin (z.B. Kapanol[®], Sevre-Long[®], MST[®])
 - 4 Levomethadon (z.B. L-Polamidon)
 - 5 anderes, nämlich
- Anderes Substitutionspräparat: _____

F.3 Galenische Form

- 1 Lösung (oral)
 - 2 Tabletten
 - 3 Kapseln
 - 4 Injektionslösung
 - 5 andere, nämlich
- 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 Drittinstanz

(im Falle, dass das Präparat nicht direkt der Patientin/dem Patienten abgegeben wird)

- 1 ja, nämlich  Name und Adresse der Drittinstanz:
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

Die Unterschrift der Patientin/des Patienten sowie der Ärztin/des Arztes ist zwingend!