Appenzell Ausserrhoden

Departement Gesundheit und Soziales

Amt für Gesundheit Kantonsärztlicher Dienst

Kasernenstrasse 17
9102 Herisau
Tel. +41 71 353 65 90
Fax +41 71 353 68 54
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
-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 ☐ 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 -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**