


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