



**SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG
FORMULAR WEITERFÜHRUNG / AKTUALISIERUNG**

Kantonsinterne Patientenummer
(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

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 Oxycodon (z.B. Oxycotin®, Oxycodon Sandoz®)
- 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)
- 2 Einrichtung (andere als verschreibende Instanz)
- 3 Apotheke
- 4 Gefängnis
- 5 andere

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