

OAT Information

Ärztin/Arzt – Apothekerin/Apotheker

Apotheke (Stempel)

Eintrag auf www.substitution-online.ch

JA:

Nein:

Opioidagonistentherapie

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

1. Patientinnen-/Patienteninformation

Suchtproblematik (Substanzen, Dauer der Abhängigkeit):

.....
.....

Wichtige Informationen zur Medikation:

.....
.....
.....

Falls alle Begleitmedikamente durch die Ärztin oder den Arzt abgegeben werden, bitte eine Liste der Verschreibung zukommen lassen.

Lebenssituation, Patient/in lebt: allein mit Partner/in oder Angehörigen

mit Kindern ohne feste Unterkunft

Beschäftigung oder Ausbildung: in Anstellung ohne Arbeit in Ausbildung

Weitere Informationen:

2. Ansprechpersonen

Funktion	Adresse	Telefon (ev. Tel.-Nr. für Notfälle)

3. Behandlung

Datum Behandlungsbeginn:

Agonist:Dosis/Tag (mg) :

Unter Aufsicht einzunehmende Dosis: mal / Woche

Falls vorgegeben, Angabe der Wochentage:

Abgabe der Dosis: mal / Woche

Falls vorgegeben, Angabe der Wochentage:

Zusätzliche Informationen bei Änderungen/Abweichungen:

.....
.....

4. Weitere

(Empfehlungen bei Problemen, z.B. Verlangen nach Ersatzdosen, etc.)

.....
.....
.....

Ort und Datum: **Unterschrift:**