

OAT Problemmeldung Apotheker/Apotheker - Ärztin/Arzt

Apotheker (Stempel)

Eintrag auf www.substitution-online.ch	
JA: <input type="checkbox"/>	Nein: <input type="checkbox"/>

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Melddatum:

Art des Problems:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nichterscheinen in der Apotheke | <input type="checkbox"/> Verdacht auf Nichteinhalten Behandlungsbedingungen |
| <input type="checkbox"/> Verdacht auf Intoxikation, Rausch | <input type="checkbox"/> Fragen od. Beschwerden in Bezug auf die Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Verlorene oder gestohlene Dosis | <input type="checkbox"/> Andere Fragen oder Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Erbrochene Dosis | <input type="checkbox"/> Administrative Probleme |
| <input type="checkbox"/> Bedrohliches Verhalten | |
| <input type="checkbox"/> Anderes | |

Beschreibung:
.....
.....
.....

Betreuung / Anliegen:
.....
.....
.....

Ort und Datum: Unterschrift: