

Substitutionstherapie Verlängerung / Änderung

1 Administrative Angaben zum Patient

Geschlecht männlich weiblich Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit Heimatort

Zivilstand ledig verheiratet geschieden getrennt (gerichtlich) verwitwet
 registrierte Partnerschaft nicht bekannt

Name Vorname

Strasse Nr.

PLZ Ort

2 Antragsteller (Therapieführender Arzt)

Einrichtung / Praxis

Name Vorname

Strasse Nr.

PLZ Ort

Telefon E-Mail

3 Angaben zur Behandlung

3.1 Verlängerung / Änderung gültig ab

3.2 Substitut Methadon andere (Name Präparat)

3.3 Galenische Form
 Lösung oral Lösung Injektion Tabletten Kapseln andere

3.4 Maximale Tagesdosis (mg / Tag)

3.5 Anzahl Tag(e) mit Sichtkonsum Tag(e) pro Woche
 Mind. 1 Teildosis pro Woche hat als Sichtkonsum zu erfolgen → Abweichungen sind unter Punkt 4 zu begründen

3.6 Abgabestelle Praxis Antragsteller → 3.8 Einrichtung → 3.7 Apotheke → 3.7
 Gefängnis → 3.7 andere → 3.7

3.7 Abgabeort (abweichend von Praxis Antragsteller)
 Einrichtung / Praxis

Strasse Nr.

PLZ Ort

Telefon E-Mail

3.8 Zusatzmedikation (mehrere Antworten möglich)

keine

Präparat(e) mit Dosis (mg / Tag)

Benzodiazepine mit kurzer Halbwertszeit

Benzodiazepine mit langer Halbwertszeit

andere Beruhigungsmittel / Schlafmittel / Sedativa

opioide Analgetika

Psychostimulanzien (z.B. Ritalin®, Modasomil®)

Neuroleptika Antidepressiva Antiepileptika HIV-Behandlung Hepatitis-Behandlung

nicht-opioide Analgetika Antabus Verhütungsmittel andere.....

4 **Anmerkungen / Kommentare** keine

5 **Unterschrift therapieführender Arzt**

Ort, Datum Unterschrift und Stempel.....

Senden an: per Post: Dienststelle Gesundheit und Sport, Meyerstrasse 20, Postfach 3439, 6002 Luzern / per E-Mail: btm.substitution@lu.ch