

## 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: [humanmedizin.lu@hin.ch](mailto:humanmedizin.lu@hin.ch)