

Substitutionstherapie Abschlussmeldung

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 Beendigung der Behandlung

3.1 Behandlungsende (letzte Dosis am)

3.2 Art der Beendigung

planmässig ohne Überweisung planmässig mit Überweisung Wohnortwechsel Hospitalisierung
 Inhaftierung Kontaktverlust explizierter Abbruch / Abschluss Tod

3.3 Wird die Substitutionstherapie fortgesetzt? ja → 3.4 nein → 4 nicht bekannt → 4

3.4 Weiterführung der Therapie durch

Einrichtung / Arzt

Name Vorname

Strasse Nr.

PLZ Ort

Telefon E-Mail

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