

Antrag Betäubungsmittelbezugssperre (Neuantrag, Änderung oder Aufhebung)

Die Dienststelle Gesundheit und Sport (DIGE) kann bei begründetem Verdacht auf einen Betäubungsmittelmissbrauch den Bezug von (ausgewählten) Betäubungsmitteln (BTM) im Kanton Luzern einschränken bzw. sperren. Mit diesem Formular können Sie einen Antrag stellen, dass eine Person für den Bezug von (ausgewählten) Betäubungsmitteln gesperrt oder deren Bezug eingeschränkt, eine bestehende Bezugssperre geändert oder aufgehoben werden soll. Bitte füllen Sie das Formular vollständig und korrekt aus und senden Sie es an die am Ende des Formulars angegebene Adresse.

Grund des Antrags

☐ Neue Sperre ☐ Änderung ☐ Aufhebung

Administrative Angaben zur Person, welche die BTM-Sperre / -Einschränkung betrifft

Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	Hausnr.	_____
PLZ	_____	Ort	_____
Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich	Geburtsdatum	_____

Begründung, weshalb der BTM-Bezug gesperrt / eingeschränkt, geändert oder aufgehoben werden soll

Der Bezug welcher Substanz(en) soll (neu) gesperrt oder eingeschränkt werden?

- ☐ Alle Betäubungsmittel gemäss BetmVV-EDI¹
- ☐ Opioide
- ☐ Benzodiazepine
- ☐ Methylphenidat
- ☐ «Z-Drugs» (Zolpidem etc., inkl. Generika)
- ☐ Codeinhaltige Arzneimittel
- ☐ Makatussin

¹ Verordnung des EDI über die Verzeichnisse der Betäubungsmittel, psychotropen Stoffe, Vorläuferstoffe und Hilfschemikalien (Betäubungsmittelverzeichnisverordnung, BetmVV-EDI) vom 30. Mai 2011 (SR 812.121.11)

Angaben zur Arztperson, welche die Sperre / Einschränkung oder deren Änderung / Aufhebung beantragt

Praxis /

Institution _____

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

Hausnr. _____

PLZ _____

Ort _____

Telefonnr. _____

E-Mail _____

Funktion _____

Angaben zur Arztperson / zur Arztpraxis / Institution, über welche der BTM-Bezug (neu) weiterhin möglich sein soll

- ☐ Identisch mit antragstellender Arztperson
- ☐ Es soll folgende Arztperson / Arztpraxis / Institution von der Sperre ausgenommen werden²:

Praxis /

Institution _____

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

Hausnr. _____

PLZ _____

Ort _____

Telefonnr. _____

E-Mail _____

- ☐ Es soll *keine* Arztperson von der Sperre ausgenommen werden
- ☐ Nicht relevant, da Aufhebung der Sperre beantragt wird

Angaben zur Apotheke, über welche der BTM-Bezug (neu) weiterhin möglich sein soll

- ☐ Es soll folgende Apotheke³ von der Sperre ausgenommen werden

Betriebs-
name _____

Strasse _____

Hausnr. _____

PLZ _____

Ort _____

Telefonnr. _____

E-Mail _____

- ☐ Es soll *keine* Apotheke von der Sperre ausgenommen werden
- ☐ Nicht relevant, da Aufhebung der Sperre beantragt wird

² Es können nur Arztpersonen und Institutionen im Kanton Luzern ausgenommen werden. Befindet sich die Arztperson / Institution in einem anderen Kanton, gilt für den Kanton Luzern «keine Ausnahme».

³ Die allenfalls ausgenommene Apotheke darf nur Rezepte für gesperrte Substanzen akzeptieren, die von der ausgenommenen Arztperson bzw. von der ausgenommenen Arztpraxis / Institution ausgestellt wurden. Die Apotheke muss sich im Kanton Luzern befinden. Befindet sich die Apotheke in einem anderen Kanton, gilt für den Kanton Luzern «keine Ausnahme».

Bemerkungen (optional)

Unterschrift antragstellende Arztperson

Datum _____ Unterschrift _____

Formular senden an:

Per E-Mail: btm.substitution@lu.ch

Per Post: Dienststelle Gesundheit und Sport, Bereich Humanmedizin, Meyerstrasse 20,
Postfach 3439, 6002 Luzern