Amt für Gesundheit

Thurgau

SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG
FORMULAR ABSCHLUSS

Kantonsinterne Patientennummer
(durch den Kantonsärztlichen Dienst auszufüllen):

.....

ADMINISTRATIVE ANGABEN

PATIENTIN/PATIENT

Geschlecht 1 ☐ männlich 2 ☐ weiblich

Geburtsdatum | | | | | | | | | (Tag/Monat/Jahr)

Erste Staatsangehörigkeit

Zweite Staatsangehörigkeit

Heimatort (CH)

Zivilstand
1 ☐ ledig
2 ☐ verheiratet
3 ☐ getrennt (gerichtlich)
4 ☐ geschieden
5 ☐ verwitwet
6 ☐ registrierte Partnerschaft
-1 ☐ nicht bekannt

Name **Vorname**

Strasse **PLZ/Ort**

BEHANDELNDE/R ÄRZTIN/ARZT

Einrichtung

Name **Vorname**

Strasse **PLZ/Ort**

Telefon **Mobiltel.**

Fax **E-Mail**

LEITENDE/R ÄRZTIN/ARZT

Voraussetzung: Inhaber/in kantonale Berufsausübungsbewilligung in eigener fachlicher Verantwortung (MedBG)

Einrichtung

Name **Vorname**

Strasse **PLZ/Ort**

Telefon **Mobiltel.**

Fax **E-Mail**

Promenadenstrasse 16, 8510 Frauenfeld
T +41 58 345 68 44
www.gesundheit.tg.ch

BEHANDLUNG

S1. Datum Behandlungsende (letzte Präparat-Abgabe) ☐☐☐☐☐☐☐☐ (Tag/Monat/Jahr)

S2. Art der Beendung

1 ☐ planmässig ohne Überweisung
2 ☐ planmässig mit Überweisung
3 ☐ Wohnortwechsel
4 ☐ Hospitalisierung
5 ☐ Inhaftierung
6 ☐ Kontaktverlust
7 ☐ expliziter Abbruch/Ausschluss
8 ☐ Tod

S3. Wird die Substitutionsbehandlung bei einer/em anderen verschreibenden Ärztin/Arzt weitergeführt?

1 ☐ ja (→genauere Angaben; S3.1) 2 ☐ nein -1 ☐ nicht bekannt

S3.1 Name und Adresse der Ärztin/des Arztes, die/der die Verschreibung weiterführen wird

Name _____ **Vorname** _____

Strasse _____ **PLZ/Ort** _____

Telefon _____ **Mobiltel.** _____

Fax _____ **E-Mail** _____

Das Formular ist an folgende E-Mail-Adresse einzureichen: gesundheit.tg@hin.ch.