Amt für Gesundheit

Thurgau

SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG
FORMULAR WEITERFÜHRUNG / AKTUALISIERUNG

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

F1. Beginn der Behandlungsweiterführung (Datum) |_|_|_|_|_|_|_|_| (Tag/Monat/Jahr)

F2. Substitutionspräparat (Substanz) für die Weiterführung der Behandlung

1 ☐ Methadon (z.B. Methadon Streuli®, Ketalgin®)
2 ☐ Buprenorphin (z.B. Temgesic®, Subutex®)
3 ☐ retardiertes Morphin (z.B. Kapanol®, Sevre-Long®, MST®)
4 ☐ Oxycodon (z.B. Oxycontin®, Oxycodon Sandoz®)
6 ☐ Levomethadon (z.B. L-Polamidon)
5 ☐ anderes, *nämlich*
✎ Anderes Substitutionspräparat: _____

F.3 Galenische Form

1 ☐ Lösung (oral)
2 ☐ Tabletten
3 ☐ Kapseln
4 ☐ Injektionslösung
5 ☐ andere, *nämlich*
✎ Andere galenische Form: _____

F4. Für die Weiterführung der Behandlung vorgesehene Tagesdosis (mg/Tag): _____mg/Tag

Abgabeintervall: _____x pro Woche

F5. Abgabestelle für die Weiterführung der Behandlung

1 ☐ verschreibende Instanz (Ärztin/Arzt oder Einrichtung)
2 ☐ Einrichtung (andere als verschreibende Instanz)
3 ☐ Apotheke
4 ☐ Gefängnis
5 ☐ andere

F5.1 Name und Adresse der Abgabestelle

Name der Abgabestelle _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

F6. Verabreichung durch Drittinstanz
(im Falle, dass das Präparat nicht direkt der Patientin/dem Patienten abgegeben wird)

1 ☐ ja, *nämlich*
2 ☐ nein

✎ Name und Adresse der Drittinstanz:

Vollständiger Name _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

F7. Zusatzmedikation im Rahmen der Weiterführung der Behandlung (therapeutische Gruppen)
(mehrere Antworten möglich)

a ☐ keine
b ☐ Benzodiazepine mit kurzer Halbwertszeit
✎ Exakte Präparat-Bezeichnung: _____ ✎ Dosis (mg/Tag): _____
c ☐ Benzodiazepine mit langer Halbwertszeit
✎ Exakte Präparat-Bezeichnung: _____ ✎ Dosis (mg/Tag): _____
d ☐ andere Beruhigungsmittel/Schlafmittel/Sedativa

✎ Exakte Präparat-Bezeichnung: ✎ Dosis (mg/Tag):

e ☐ opioide Analgetika

✎ Exakte Präparat-Bezeichnung: ✎ Dosis (mg/Tag):

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

✎ Exakte Präparat-Bezeichnung: ✎ Dosis (mg/Tag):

g ☐ Neuroleptika

h ☐ Antidepressiva

i ☐ Antiepileptika

j ☐ HIV-Behandlung

k ☐ Hepatitis-Behandlung

l ☐ nicht-opioide Analgetika

m ☐ Antabus

n ☐ Verhütungsmittel

o ☐ andere, *nämlich*

✎ Andere Zusatzmedikation:

Anmerkungen/Kommentare

Bestätigung und Unterschrift der/des Patientin/Patienten

Die unterzeichnende Person stimmt der vorgesehenen Behandlung, der Weitergabe dieses Einverständnisses an die/den Kantonsärztin/Kantonsarzt und, falls erforderlich, dem Informationsaustausch zwischen der/dem aktuell und vorangehend verschreibenden Ärztin/Arzt zu.

Unterschrift der Patientin / des Patienten

Unterschrift (und Stempel) der verschreibenden Ärztin / des verschreibenden Arztes

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

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