



Praxisstempel

Tel.-Nr.

Medizinalamt
Beauftragte für Suchtfragen
Gartenstrasse 3
6300 Zug

BEHANDLUNG MIT : METHADON
SUBUTEX®

Initialen des Patienten:
(Vorname/Nachname)

Geburtsdatum des Patienten:

Erstmeldung

Frühere Behandlungen? ja nein

Wenn ja, bei wem zuletzt in Behandlung? _____

Jahr _____

Medikamenten-Abgabe: in Praxis

in Apotheke _____

Beginn der aktuellen Behandlung (Datum) _____

Abschlussmeldung Abschluss der Behandlung (Datum) _____

Bleibt beim Medizinalamt

Personalien des Patienten/der Patientin (bitte mit Druckbuchstaben oder Maschinenschrift ausfüllen!)

Vorname _____ Nachname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht _____

Bürgerort _____ Zivilstand _____

Wohnadresse _____

Bemerkungen: _____

Datum _____ Unterschrift des Arztes _____