

Anhang VII

Nachweis über die Substitutionsbehandlung (Muster für Faltkarte)

Vorderseite

Bezeichnung des Arzneimittels:			Psychosoziale Betreuung		Nachweis über die Substitutionsbehandlung
Datum	Rezept von - bis	Dosis	Einrichtung:		
			Unterschrift Arzt/Ärztin	Datum	stattgefundene Gespräche Stempel Unterschrift
					Vorname:
					Adresse:
					Geb.Dat.:
					Soz. Vers.Nr.:

Nachweis über die Substitutionsbehandlung (Muster für Faltkarte)

Rückseite

Einstellende/r Arzt/Ärztin:		Medizinische Zusatzbehandlung			In Notfällen verständigen:
Name:		zusätzliche Medikation	von - bis	Unterschrift Arzt/Ärztin	
Anschrift:		Datum			BVB/Amtsarzt:
Tel.Nr.:					
Substitutionsmittel:					Apotheke (Stempel):
Dosis:					
Abgabemodus:					Der Besitzer dieses Nachweises steht gem. § 8 SMG in oraler Substitutionsbehandlung. Das verordnete Arzneimittel ist täglich und in zuletzt angeführter Dosis einzunehmen. Die Gültigkeit dieses Nachweises endet mit Ablauf der eingetragenen Substitutionsrezeptur.
Signatur:					
Datum:					
Unterschrift:					
Weiterbehandelnde/r Arzt/Ärztin:					
Name:					
Anschrift:					
Tel.Nr.:					
Behandlungsbeginn:					