VI ANHANG

BEISPIEL
SUBSTITUTIONSAUSWEIS STEIERMARK

Suchtgiftverordnung Anhang VII

Anhang VII NACHWEIS FÜR DIE SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG
(MUSTER FÜR STEIERMARK: FALTKARTE)

Einstellende/r Ärztin/Arzt:
Name:
Tel:
Anschrift:

Stempel der abgebenden Apotheke:

Notrufnummern
Rettung:.....144
Polizei:.....133
Feuerwehr:.....122

Das Land Steiermark

Beginn der Behandlung am:.....
Behandlungsdaten:.....
Substitutionsmittel:.....
Erhaltungsdosis:.....
Abgabemodus:.....
Signatur:.....

Stempel der zuständigen BVB

Unterschrift Amtsärztin

Weiterbehandelnde/r Ärztin/Arzt:
Name:
Tel:
Anschrift:
Übernahme der Behandlung am:.....
Unterschrift:.....

In Notfällen zu verständigen:
Name:

Unterschrift Amtsärztin

Der/Die BesitzerIn dieses Ausweises steht in oraler Substitutionsbehandlung gem. § 8 SMG. Das verordnete Medikament ist täglich und in der zuletzt angeführten Dosis einzunehmen. Die Gültigkeit dieses Ausweises endet mit Ablauf der letzten Substitutionsrezeptur.

Abruptes Absetzen bedeutet ein Gesundheitsrisiko!

Sozialvers.-Nr.:.....
Geb.am:.....
Anschrift:.....

Hrsg: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, FA8B – Gesundheitswesen, Tel. (0316) 877-3535

Aktuelle Behandlungsdaten			Medizinische Zusatzbehandlung			Psychosoziale Betreuung		Psychosoziale Betreuung	
Dosis	Abgabe von–bis	Datum & Unterschrift behand. Arzt	Medikament	von–bis	Datum & Unterschrift behand. Arzt	Medikament	Datum & Unterschrift BetreuerIn	Medikament	Datum & Unterschrift BetreuerIn