

# OAT Information

## Ärztin/Arzt – Apothekerin/Apotheker

Apotheke (Stempel)

Eintrag auf [www.substitution-online.ch](http://www.substitution-online.ch)

JA:

Nein:

### Opioidagonistentherapie

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

## 1. Patientinnen-/Patienteninformation

Suchtproblematik (Substanzen, Dauer der Abhängigkeit): .....

.....  
.....

Wichtige Informationen zur Medikation:

.....  
.....  
.....

Falls alle Begleitmedikamente durch die Ärztin oder den Arzt abgegeben werden, bitte eine Liste der Verschreibung zukommen lassen.

Lebenssituation, Patient/in lebt:  allein  mit Partner/in oder Angehörigen

mit Kindern  ohne feste Unterkunft

Beschäftigung oder Ausbildung:  in Anstellung  ohne Arbeit  in Ausbildung

Weitere Informationen: .....

## 2. Ansprechpersonen

Funktion	Adresse	Telefon (ev. Tel.-Nr. für Notfälle)

## 3. Behandlung

Datum Behandlungsbeginn: .....

Agonist: .....Dosis/Tag (mg) : .....

Unter Aufsicht einzunehmende Dosis: ..... mal / Woche

Falls vorgegeben, Angabe der Wochentage: .....

Abgabe der Dosis: ..... mal / Woche

Falls vorgegeben, Angabe der Wochentage: .....

Zusätzliche Informationen bei Änderungen/Abweichungen:

.....  
.....

## 4. Weitere

(Empfehlungen bei Problemen, z.B. Verlangen nach Ersatzdosen, etc.)

.....  
.....  
.....

Ort und Datum: ..... **Unterschrift:** .....