

Verlaufsbericht Apothekerin/Apotheker – Ärztin/Arzt

Apotheke (Stempel)

Eintrag auf www.substitution-online.ch

JA:

Nein:

Bericht zur OAT

Dr. **Monat:**

Name Patient/in	Substanz	Dosis	Abgabe (täglich,...)	Begleitmedikation	Bemerkungen*

*Bemerkungen

1. Nichterscheinen in der Apotheke
2. Verbesserung der Adhärenz
3. Verdacht auf Intoxikation oder Rauschzustand
4. Verlorene oder gestohlene Dosis
5. Erbrochene Dosis
6. Persönlichkeitsveränderung (bitte erläutern)
7. Veränderung des Erscheinungsbildes (Körperhygiene, Gesundheitszustand, bitte erläutern)
8. Verdacht auf Nichteinhalten der Behandlungsbedingungen
9. Fragen oder Anmerkungen (bitte erläutern)
10. Administrative Probleme
11. Anderes

Zusätzliche Erläuterungen

.....

.....

.....

.....

.....

Ort und Datum: Unterschrift: