Anhang VII

Nachweis über die Substitutionsbehandlung (Muster für Faltkarte)

Vorderseite

Bezeichnung des Arzneimittels:				Psychosoziale Betreuung			Nachweis über die Substitutionsbehandlung
				Einrichtung:			
Datum	Rezept von - bis	Dosis	Unterschrift Arzt/Ärztin	Datum	stattgefundene Gespräche Stempel Unterschrift		
						Name:	
						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:	Datum	zusätzliche Medikation	von - bis	Unterschrift Arzt/Ärztin	
Anschrift:					BVB/Amtsarzt:
Tel.Nr.:					
Substitutionsmittel:					
Dosis:					
Abgabemodus:					Apotheke (Stempel):
Signatur:					
Datum:					
Unterschrift:					
Weiterbehandelnde/r Arzt/Ärztin:					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.
Name:					
Anschrift:					
Tel.Nr.:					
Behandlungsbeginn:					