Eintrittsformular bei vorübergehender Substitutionsbehandlung

**PATIENT**

Name : Klicken Sie hier Vorname : Klicken Sie hier

Date de naissance : Klicken Sie hier

**DATE ET LIEU D’ENTRÉE**

Datum : Klicken Sie hier [ ]  Zentralgefängnis [ ]  Anstalten von Bellechasse

[ ]  Spital

**AKTUELLER BEHANDELNDER ARZT**

Dr Klicken Sie hier

**NEUER BEHANDELNDER ARZT**

Dr Klicken Sie hier

**MEDIKATION**

Substitutionsbehandlung (Substanz) : Klicken Sie hier

Bisherige Dosis in mg : Klicken Sie hier Neue Dosis in mg : Klicken Sie hier

Zusätzliche Medikation : Klicken Sie hier

 Klicken Sie hier

Datum : Klicken Sie hier Unterschrift :

**Kopie**

Kantonsarztamt

Aktueller behandelnder Arzt

Abgabestelle