

## Anmeldung Substitutionsbehandlung Methadon / Subutex

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

Geburtsdatum: .....

Wohnadresse:

Strasse: ..... PLZ/ Ort: .....

Tel.Nr: Privat  Geschäft  Mobil : .....  
(erreichbar für Terminvereinbarung)

Schriftenadresse (angemeldet in):

Strasse: ..... PLZ/ Ort: .....

Krankenkasse:..... Vers.Nr. (falls bekannt): .....

Zahlungsrückstände/Leistungsaufschub:  Nein  Ja, ca. Fr.: .....

Versicherungsmodell:

Standard  Hausarzt  HMO  Telmed  Andere 

Adresse Hausarzt/HMO-Praxis: Name: .....

Strasse: ..... PLZ/ Ort: .....

Einkommensverhältnisse:

Eigenes Einkommen  Rente  Sozialdienst 

Falls Sozialdienst oder Beistandschaft:

Gemeinde: ..... Zuständige Person: .....

Opioidsubstitutionsbehandlungen (Methadon, Subutex, Diaphin, andere):

 Keine akute Behandlung Aktuell laufende Behandlung:

Aktuell verschreibender Arzt / Institution: Name: .....

Strasse: ..... PLZ/ Ort: .....

Abgabestelle (Apotheke, Praxis, andere): Name: .....

Strasse: ..... PLZ/ Ort: .....

Bewilligung Kantonsarztamt vorhanden:  Ja  Nein

Datum: ..... Unterschrift: .....