

# Folgebehandlung Information Ärztin/Arzt und Apothekerin/Apotheker

Apotheke (Stempel)

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

JA:

Nein:

**Änderung der Behandlung**  **neue Anweisungen**  **Ferienankündigung**

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

Geburtsdatum: .....

## 1. Änderung der Behandlung oder der Abgabemodalität

Datum der Änderung: .....

Verschriebene Substanz: ..... Tagesdosis (mg): .....

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

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

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

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

Durch eine andere Abgabestelle abzugebende Dosis: .....mal / Woche

Name Abgabestelle: .....

## 2. Die Patientin/den Patienten betreffende Informationen

Neue, wichtige Informationen über die Medikation:

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

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

Änderung der Lebenssituation: .....

.....

Änderung der Beschäftigungslage: .....

.....

### 3. Änderung der Ansprechperson

Neue Ansprechperson oder Ersatz einer Ansprechperson (Kontakt Daten + Telefon-Nr.):

.....  
.....

### 4. Ferienankündigung

Ferien der Patientin/des Patienten von ..... bis .....

Abzugebende galenische Form / Spezialität während dieser Zeit: .....

.....

Weiteres : .....

### 5. Weiteres

(Neue Empfehlungen im Falle von Problemen, z.B. Verlangen von Ersatzdosen,...)

.....  
.....

Ort und Datum: .....

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes: .....