AMT FÜR GESUNDHEIT
FÜRSTENTUM LIECHTENSTEIN

Amtsärztlicher Dienst
Amt für Gesundheit
Postfach 684
9490 Vaduz

Antrag zur Bewilligung einer betäubungsmittelgestützten Behandlung

Patientin / Patient:

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Adresse: Wohnen Minderjährige im gleichen Haushalt?

☐ ja ☐ nein

Substitutionsmedikament:

☐ Methadon ☐ Buprenorphin Behandlungsbeginn am:

☐ Levomethadon ☐ retardiertes Morphin Darreichungsform: Dosis in mg/d:

Zusätzliche psychotrope Substanzen:

Abgabe des Substitutionsmedikamentes in:

☐ Arztpraxis ☐ Apotheke Name:
Adresse:

Ist die Patientin / der Patient Inhaberin eines Führerscheins? ☐ ja ☐ nein

Sind die Kriterien für die Fahreignung[1]) erfüllt? ☐ ja ☐ nein ☐ weiss nicht[2)]

[1)] Kein Beikonsum anderer Betäubungsmittel und psychotroper Stoffe, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen sowie keine die Fahreignung beeinträchtigenden Erkrankungen

[2)] **Bemerkungen:**

Psychologisch-Psychosoziale Betreuung durch:

Name, Adresse:

Antrag stellende Ärztin / Antrag stellender Arzt:

Name, Adresse:

Datum: Unterschrift:

Vom Amt für Gesundheit auszufüllen **Bewilligung mittels Verfügung erteilt am:**

Datum: Unterschrift: