AMT FÜR GESUNDHEIT
FÜRSTENTUM LIECHTENSTEIN

Amtsärztlicher Dienst
Amt für Gesundheit
Postfach 684
9490 Vaduz

Schlussmeldung einer betäubungsmittelgestützten Behandlung

Patientin / Patient:

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Adresse:

Behandlungsende (Datum):

☐ Planmässig

☐ Wechsel zu anderer Ärztin / anderem Arzt ☐ Strafvollzug

☐ Wegzug ins Ausland ☐ Tod

☐ Abbruch durch Ärztin / Arzt ☐ Verzicht der Ärztin / des Arztes

☐ Abbruch durch Patientin / Patienten ☐ Andere:

Meldende Ärztin / meldender Arzt:

Name:

Adresse:

Datum: Unterschrift:

Vom Amt für Gesundheit auszufüllen **Kenntnisnahme durch Amt für Gesundheit:**

Datum: Unterschrift: