AMT FÜR GESUNDHEIT
FÜRSTENTUM LIECHTENSTEIN

Amtsärztlicher Dienst
Amt für Gesundheit
Postfach 684
9490 Vaduz

# Jährlicher Verlaufsbericht zur betäubungsmittelgestützten Behandlung

**Patientin / Patient:**

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Adresse: Wohnen Minderjährige im gleichen Haushalt?

☐ ja ☐ nein

**Substitutionsmedikament:**

☐ Methadon ☐ Buprenorphin Darreichungsform:

☐ Levomethadon ☐ retardiertes Morphin Dosis in mg/d:

Zusätzliche psychotrope Substanzen:

**Abgabe des Substitutionsmedikamentes in:**

☐ Arztpraxis ☐ Apotheke Adresse:

Name:

**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:

***Bewilligung durch Amt für Gesundheit***

Die Substitutionsbehandlung wird hiermit verlängert bis:

Datum: Unterschrift: