



Meldungen von Opioid-Agonisten-Therapien (OAT)

Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
Amt für Gesundheit
Kantonsärztlicher Dienst

Patient / Patientin (bitte in Druckbuchstaben oder elektronisch ausfüllen)

Name Vorname
Geburtsdatum Geschlecht m w keine Angabe
Bürgerort Zivilstand
Wohnadresse
Praxis-interne Pat.-ID (optional):

Namensänderung

Name und Vorname vorher:

Behandlung mit:

Methadon

Levomethadon

Morphin retardiert

Buprenorphin

Anmeldung einer OAT

Beginn der aktuellen Behandlung (Datum):

Entzugsbehandlung oder Dauerbehandlung

Frühere ambulante OAT? ja nein

Falls ja, bei wem zuletzt?

Jahr?

Medikamentenabgabe in Praxis

in Apotheke:

Abmeldung einer OAT

Behandlungsabschluss (Datum):

Weiterführung der *ambulanten* OAT bei:

verstorben (Datum):

Bemerkungen

Datum

**Stempel und
Unterschrift
Arzt / Ärztin**