



**Kantonsärztlicher Dienst**

## Bewilligungsgesuch zur Substitutionsbehandlung

Gesundheitsdepartement  
Herr Dr. med. Hans Gammeter  
Davidstrasse 27  
9001 St.Gallen  
T 058 229 35 64  
F 058 229 46 09  
info.kantonsarzt@sg.ch  
www.gesundheit.sg.ch

**Patientin / Patient:**

Name: ..... Geschlecht:  weiblich  männlich  
Vorname: ..... Nationalität:  CH  .....  
Adresse: ..... Zivilstand:  ledig  verheiratet  
.....  getrennt  geschieden  
.....  verwitwet  unbekannt

Geburtsdatum: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Beginn Konsum harter Drogen: \_\_\_\_\_

**Beantragte Substitutionsbehandlung**

**a) Substitutionsmedikament:**

Methadon  Buprenorphin  Andere .....

Datum Erstabgabe: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Dosis in mg: ..... Zusätzliche Medikation: .....

**b) Zielsetzungen:**

Abbau / Verminderung des Konsums illegaler Substanzen  Entkriminalisierung  
 Reduktion Morbidität  Andere: .....

**c) Abgabe der Substitutionsmedikamente durch:**

Arztpraxis/Klinik  Apotheke  
 Suchtberatungsstelle  Andere: .....

**d) Abgabeort:**

Name: .....  
Adresse: .....  
.....  
.....

**e) Psychosoziale Betreuung durch:**

Name: .....  
Adresse: .....  
.....  
.....

**Antrag stellende Ärztin / Antrag stellender Arzt**

Stempel

Datum, Unterschrift: .....

**Bewilligung durch den Kantonsärztlichen Dienst**

Die Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Personen ist gemäss  
Merkblatt für die Bewilligung von Substitutionsbehandlungen des  
Kantonsärztlichen Dienstes des Kantons St.Gallen vom 1. Dezember 2010  
durchzuführen.

**Die Substitutionsbehandlung wird hiermit bewilligt bis:**

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Stempel, Datum, Unterschrift: .....

Kopie an:  Apotheke  Andere .....