Kanton St.Gallen
Gesundheitsdepartement

Kantonsarztamt

Forum Suchtmedizin Ostschweiz FOSUMOS

Behandlung mit Substitutions- und Betäubungsmitteln

Per E-Mail einzureichen an:
info.kantonsarztamt@sg.ch

Gesundheitsdepartement
Kantonsarztamt
Oberer Graben 32
9001 St.Gallen
T 058 229 35 64
F 058 229 46 09
www.gesundheit.sg.ch

☐ **Bewilligungsgesuch** ☐ **Zwischenmeldung** ☐ **Schlussmeldung**

Patientin / Patient

Name: _____ Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Vorname: _____ Nationalität: ☐ CH ☐ _____

Adresse: _____ Beginn Konsum harter Drogen:

_____ __ __ / __ __ / __ __ __ __

Geburtsdatum: __ __ / __ __ / __ __ __ __

☐ Beantragtes Substitutions- & Betäubungsmittel

☐ Methadon Dosis in mg: _____ ☐ Andere: _____

☐ Buprenorphin _____

Datum Erstabgabe: Zusätzliche Medikation (Betäubungsmittel) _____

__ __ / __ __ / __ __ __ __ _____

Zielsetzungen

☐ Abbau / Verminderung des Konsums illegaler Substanzen ☐ Entkriminalisierung

☐ Reduktion Morbidität ☐ Andere: _____

_____

_____

Abgabeort

Name: _____

Adresse: _____

_____

E-Mail: _____

Psychosoziale Betreuung

Name: _____

Adresse: _____

_____

☐ Weiterführung der Behandlung für max. 12 Monate

☐ gleiche Ärztin / gleicher Arzt

☐ **andere (bei Wechsel Ärztin / Arzt genaue Adresse angeben):**

Name: _____

Adresse: _____

_____

☐ Behandlungsbeendigung

am __ __ / __ __ / __ __ __ __

(für kurzfristige Hospitalisationen oder Strafvollzug bis zu 4 Wochen kann auf eine Meldung verzichtet werden)

☐ Planmässig ☐ Wegzug

☐ Entzugsbehandlung ☐ Abbruch durch Ärztin/Arzt

☐ Strafvollzug ☐ Abbruch durch Patientin/Patient

☐ Tod ☐ Andere: _____

Antragstellende Ärztin / Antragstellender Arzt

Stempel

E-Mail: _____ Datum, Unterschrift: _____

Bewilligung durch das Kantonsarztamt

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

Die Substitutionsbehandlung wird hiermit bewilligt bis:

__ __ / __ __ / __ __ __ __ Stempel, Datum, Unterschrift: _____

Kopie an: ☐ Apotheke ☐ Andere _____