


Ambassadorenhof  
 Riedholzplatz 3  
 4509 Solothurn  
 Telefon 032 627 93 71  
 Telefax 032 627 93 50  
 gesundheit.substitution@ddi.so.ch

**SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG  
 FORMULAR ABSCHLUSS**

Kantonsinterne Patientenummer  
 (durch den Kantonsärztlichen Dienst auszufüllen):

 .....

**ADMINISTRATIVE ANGABEN**

**PATIENTIN/PATIENT**

Geschlecht 1  männlich 2  weiblich

Geburtsdatum 

--	--	--	--	--	--	--	--

 (Tag/Monat/Jahr)

Erste Staatsangehörigkeit

Zweite Staatsangehörigkeit

Heimatort (CH)

**Zivilstand**

- 1  ledig
- 2  verheiratet
- 3  getrennt (gerichtlich)
- 4  geschieden
- 5  verwitwet
- 6  registrierte Partnerschaft
- 1  nicht bekannt

Name Vorname

Strasse PLZ/Ort

**BEHANDELNDE/R ÄRZTIN/ARZT**

Einrichtung

Name Vorname

Strasse PLZ/Ort

Telefon Mobiltel.

Fax E-Mail

**BEHANDLUNG**

S1. Datum Behandlungsende (letzte Präparat-Abgabe) 

--	--	--	--	--	--	--	--

 (Tag/Monat/Jahr)

S2. Art der Beendung

- 1  planmässig ohne Überweisung
- 2  planmässig mit Überweisung
- 3  Wohnortwechsel
- 4  Hospitalisierung
- 5  Inhaftierung
- 6  Kontaktverlust
- 7  expliziter Abbruch/Ausschluss
- 8  Tod

S3. Wird die Substitutionsbehandlung bei einer/em anderen verschreibenden Ärztin/Arzt weitergeführt?

- 1  ja (→genauere Angaben; S3.1)
- 2  nein
- 1  nicht bekannt

S3.1 Name und Adresse der Ärztin/des Arztes, die/der die Verschreibung weiterführen wird

Name Vorname  
 Strasse PLZ/Ort  
 Telefon Mobiltel.  
 Fax E-Mail