

Indikationsüberprüfung Diamorphin nach 2 Jahren

Patientencode*):

Vorn.		Nachn.		G.	Geb-Ziff.		

Behandlungsbeginn des Patienten am: _____
2-Jahres-Überprüfung stattgefunden am: _____

Aktuelle Dosis Diamorphin, Methadon, andere Medikamente

Beigebrauch

Verlauf (Suchterkrankung, Begleit- und Folgeerkrankungen, psychosoziale Entwicklung)

Indikation zur Fortführung der Diamorphinsubstitution mit zeitlicher und qualitativer Festlegung der Therapieziele

Ort, Datum

Unterschrift & Stempel
behandelnder Arzt

Ort, geprüft am (Datum):

Unterschrift Zweitmeiner

*) Der Patientencode setzt sich wie folgt zusammen:
1. und 2. Stelle: erster und zweiter Buchstabe des ersten Vornamens
3. und 4. Stelle: erster und zweiter Buchstabe des Familiennamens
Titel wie "Dr." und Namenszusätze wie "von", "de", "van de" etc. sind nicht einzusetzen (Bsp.: Dr. von **S**chwanstein)
5. Stelle: Geschlecht ("F" für weiblich, "M" für männlich)
6. bis 8. Stelle: jeweils letzte Ziffer von Geburtstag, -monat und -jahr (Bsp. 16.07.1968).
Bitte für Patientencode Großbuchstaben verwenden (Ausnahme "ß") und Umlaute **Ä, Ö, Ü** ebenso eintragen