



Temporärer Übertritt HeGeBe

für

Name / Vorname / Geb.-Datum:

Absender: Zentrum, das den/die Patient/-in normalerweise betreut (Name, Adresse):

Zuständige/r Arzt/Ärztin:

Telefon / E-Mail:

Adresse für Rechnungsstellung:

Empfänger: Zentrum, das den/die Patient/-in temporär betreut (Name, Adresse):

Zuständige/r Arzt/Ärztin:

Telefon / E-Mail:

Wie bereits telefonisch besprochen, soll der/die genannte Patient/-in

Vom bis Betäubungsmittel in Ihrem Zentrum beziehen.

Dosierung und Galenik DAM:	Morgens	Mittags	Abends
Datum			
Datum			
Datum			

Sonstige OAT:

Medikamente:

Weitere Bemerkungen:

(Datum, Stempel und Unterschrift des Absenders/der Absenderin)

Kopie an: - betroffene Kantonsärztinnen/Kantonsärzte