

Persönliche Daten

Vor- und Nachname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl/Wohnort

Telefonnummer

E-Mailadresse

Wichtiger Hinweis:

Eine Rücksprache mit der substituierenden Arztpraxis oder Ambulanz ist vor der Vergabe eines Substitutionsmittels unbedingt erforderlich, um das aktuelle Substitutionsmittel sowie die aktuelle Dosis zu erfahren!

Diese Karte ist keine Bestätigung, dass die Patientin/der Patient aktuell substituiert wird.

Name der Ärztin/des Arztes

Ausstellungsdatum

Substitutions- Karte

Bayerische Akademie für
Sucht- und
Gesundheitsfragen



Persönliche Daten

Vor- und Nachname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl/Wohnort

Telefonnummer

E-Mailadresse

Wichtiger Hinweis:

Eine Rücksprache mit der substituierenden Arztpraxis oder Ambulanz ist vor der Vergabe eines Substitutionsmittels unbedingt erforderlich, um das aktuelle Substitutionsmittel sowie die aktuelle Dosis zu erfahren!

Diese Karte ist keine Bestätigung, dass die Patientin/der Patient aktuell substituiert wird.

Name der Ärztin/des Arztes

Ausstellungsdatum

Substitutions- Karte

Bayerische Akademie für
Sucht- und
Gesundheitsfragen



Persönliche Daten

Vor- und Nachname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl/Wohnort

Telefonnummer

E-Mailadresse

Wichtiger Hinweis:

Eine Rücksprache mit der substituierenden Arztpraxis oder Ambulanz ist vor der Vergabe eines Substitutionsmittels unbedingt erforderlich, um das aktuelle Substitutionsmittel sowie die aktuelle Dosis zu erfahren!

Diese Karte ist keine Bestätigung, dass die Patientin/der Patient aktuell substituiert wird.

Name der Ärztin/des Arztes

Ausstellungsdatum

Substitutions- Karte

Bayerische Akademie für
Sucht- und
Gesundheitsfragen



**Daten zur
Ambulanz/Praxis**

Name der Ambulanz/Praxis

Straße und Hausnummer

Postleitzahl/Wohnort

Telefonnummer

Website

**Daten zur
Ambulanz/Praxis**

Öffnungszeiten:

Mo: _____ Di: _____

Mi: _____ Do: _____

Fr: _____ Sa: _____

So: _____

Art des Substitutionsmittels

Name der Apotheke

© QZ Runder Tisch der Substitutionsambulanzen in Bayern

Weitere Angaben

Praxisstempel

**Daten zur
Ambulanz/Praxis**

Name der Ambulanz/Praxis

Straße und Hausnummer

Postleitzahl/Wohnort

Telefonnummer

Website

**Daten zur
Ambulanz/Praxis**

Öffnungszeiten:

Mo: _____ Di: _____

Mi: _____ Do: _____

Fr: _____ Sa: _____

So: _____

Art des Substitutionsmittels

Name der Apotheke

© QZ Runder Tisch der Substitutionsambulanzen in Bayern

Weitere Angaben

Praxisstempel

**Daten zur
Ambulanz/Praxis**

Name der Ambulanz/Praxis

Straße und Hausnummer

Postleitzahl/Wohnort

Telefonnummer

Website

**Daten zur
Ambulanz/Praxis**

Öffnungszeiten:

Mo: _____ Di: _____

Mi: _____ Do: _____

Fr: _____ Sa: _____

So: _____

Art des Substitutionsmittels

Name der Apotheke

© QZ Runder Tisch der Substitutionsambulanzen in Bayern

Weitere Angaben

Praxisstempel