**Überwachungstabelle für die direkt überwachte Medikamenteneinnahme (DOT) zur Behandlung der Tuberkulose**

Bitte dieses Formular am Monatsende oder bei Transfer an die Lungenliga … zurücksenden.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname |  | Geburtsdatum |  |
| Therapiebeginn |  |
| Arzt/Ärztin |  | Adresse |  |
|  | Telefon |  |
|  |
| **Medikamente** | **Datum** | **Dosis** | **Morgen** | **Mittag** | **Abend** | **Stoppdatum** |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
|  |
| **Medikamentenabgabe im** ........................... (Monat) |
| **Datum** | **Visum** | **Befinden/Spezielles** | **Datum** | **Visum** | **Befinden/Spezielles** |
| 1. |  |  | 16. |  |  |
| 2. |  |  | 17. |  |  |
| 3. |  |  | 18. |  |  |
| 4. |  |  | 19. |  |  |
| 5. |  |  | 20. |  |  |
| 6. |  |  | 21. |  |  |
| 7. |  |  | 22. |  |  |
| 8. |  |  | 23. |  |  |
| 9. |  |  | 24. |  |  |
| 10. |  |  | 25. |  |  |
| 11. |  |  | 26. |  |  |
| 12. |  |  | 27. |  |  |
| 13. |  |  | 28. |  |  |
| 14. |  |  | 29. |  |  |
| 15. |  |  | 30. |  |  |
|  |  |  | 31. |  |  |