|  |
| --- |
| **Verordnung für eine direkt überwachte Medikamentenabgabe (DOT) zur Behandlung einer Tuberkulose** |

|  |
| --- |
| **Ärztin/Arzt** |
| Name, VornameAdresse | Name, VornameStrasse Nr.PLZ Ort |
|  |
| **Patientin, Patient** |
| Name, VornameAdresseGeburtsdatumTelefon privat / Geschäft / MobilKrankenversicherungVersichertennummer | Name, Vorname Strasse Nr.PLZ OrtGeb.datumTelefon privat / Telefon Geschäft / Telefon MobilKrankenversicherungVersicherten Nummer |
| **Verordnete Medikamente** | ……………………………………………………….......……………………………………………………….......……………………………………………………….......………………………………………………………....... |
| **Medikamenteneinnahme** | [ ]  täglich [ ]  1x wöchentlich [ ]  andere Vereinbarung ………………..……………. |
| **Dauer der DOT** | vom …………… bis voraussichtlich ……………........ |
| **Therapiemonitor** | Lungenliga …Strasse Nr.PLZ Ort |
| **Abgabestelle** | DOT-Durchführungsstelle |

Datum: ...........................

Stempel und Unterschrift: ......................................................................................................

**Beilage**

Ärztliches Rezept für die Tuberkulose-Behandlung