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

|  |  |
| --- | --- |
| **Ärztin/Arzt** | |
| Name, Vorname  Adresse | Name, Vorname  Strasse Nr.  PLZ Ort |
|  | |
| **Patientin, Patient** | |
| Name, Vorname  Adresse  Geburtsdatum  Telefon privat / Geschäft / Mobil  Krankenversicherung  Versichertennummer | Name, Vorname  Strasse Nr.  PLZ Ort  Geb.datum  Telefon privat / Telefon Geschäft / Telefon Mobil  Krankenversicherung  Versicherten 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