DOT-Durchführungsstelle

Ort, Datum

**Auftrag für eine direkt überwachte Medikamenteneinnahme   
(DOT) zur Behandlung einer Tuberkulose für:**

**Name Vorname, geb. Geb.datum, Strasse Nr., PLZ Ort, Telefon**

Sehr geehrte Damen und Herren

Wie wir Ihnen telefonisch mitteilten, arbeitet die Tuberkulosefachstelle der Lungenliga … im Auftrag des Gesundheitsdepartements des Kantons … .

Hiermit bestätigen wir Ihnen den Auftrag für die Übernahme der direkt kontrollierten Medikamentenabgabe (DOT) von Name Vorname*.*

Für Ihre Zusage bedanken wir uns.

Name Vorname muss gemäss beiliegender ärztlicher Verordnung unter Ihrer Aufsicht die Tuberkulosemedikamente einnehmen. Die DOT dauert vom ……. bis am ….. Wir bitten Sie, die beiliegenden Überwachungsformulare nach erfolgter Einnahme zu visieren und uns jeweils Ende Monat zurück zu senden.

Sollten Probleme auftreten oder Name Vorname nicht zur Medikamenteneinnahme erscheinen, bitten wir Sie uns umgehend darüber zu informieren.

Bei weiteren Fragen, können Sie uns gerne kontaktieren.

Freundliche Grüsse

LUNGENLIGA …

Vorname Name

Fachstelle Tuberkulose

Beilage:

Rezept

Überwachungstabellen

Rückantwortcouverts

Verordnung DOT