



Antrag auf BERATUNG ZUM AUSSCHLEICHEN

Ich **Arzt** oder **Patient** (ankreuzen) wäre Ihnen für eine Empfehlung zum Ausschleichprogramm für (Medizin) für den nachfolgend genannten Patienten mit den folgenden Eigenschaften dankbar:

Der Patient erhielt die Medizin aufgrund der Indikation:

Der Patient ist derzeit beschwerdefrei: ja nein (ankreuzen)

Der bzw. die Gründe für das Ausschleichen sind:

Bitte alle zutreffenden Felder ankreuzen:

- 1a. Risikofaktor:** Versäumte Dosis : Der Patient hatte bereits nach einer versäumten Einnahme Entzugserscheinungen
 Angst vor dem Ausschleichen : der Patient hat Angst vor dem Ausschleichen
 Zuvor gescheitert : Frühere Versuche, abzusetzen, sind gescheitert
 Unterscheidung : Es ist notwendig, zwischen einem Rückfall und Entzugserscheinungen oder Rebound unterscheiden zu können
 Langsamer Metabolisierer : Die niedrigste Dosis ergibt bereits eine hohe Plasmakonzentration
 Hohe Dosierung : Die Dosierung lag mehr als 6 Monate lang über 100 % der definierten Tagesdosis (DDD)
 Start : Zu Beginn der Behandlung gab es Probleme mit der Wirkung / Nebenwirkungen
 Früherer Wechsel : In der Vergangenheit hat der Patient einmal das Psychopharmakon gewechselt
 Sonstige

1b. Dauer der Einnahme: <1 Jahr 1-2 Jahre 2-5 Jahre 5-10 Jahre >10 Jahre

1c. Aktuelle Einnahme mg Zeitpunkt ... Uhr ausschleichen gewünschte Enddosis
..... mg Zeitpunkt ... Uhr ausschleichen gewünschte Enddosis
..... mg Zeitpunkt ... Uhr ausschleichen gewünschte Enddosis
..... mg Zeitpunkt ... Uhr ausschleichen gewünschte Enddosis

1d. Sonstige orale Medikation:
..... (Name) mg pro Tag
..... (Name) mg pro Tag
..... (Name) mg pro Tag
..... (Name) mg pro Tag
..... (Name) mg pro Tag
..... (Name) mg pro Tag

1e. Sonstige Informationen:

1f. Tabletten sind die gewünschte Form der Verabreichung ja (ankreuzen)

1g. Vom Patienten gewünschter Ausschleichzeitraum: .. Monate (Anzahl) oder
 10% pro Woche (= 30 % pro Monat)
 15% pro Woche (= 50 % pro Monat)

1h. Der Patient stimmt der Datenübermittlung an die lokale Apotheke zu: ja (ankreuzen)

Lokale Apotheke:

1i. Name der Krankenversicherung:

2. Initialen und Name des Patienten:

Geburtsdatum: - - Geschlecht: m. / w. IdNr.:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Wohnort: Land:

E-Mail-Adresse (**obligatorisch**): Telefon:

3. Name des verordnenden Arztes:

Medizinische Registrierungsnummer:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Wohnort:

E-Mail-Adresse (**obligatorisch**): Telefon:

Ich bestätige hiermit, alle verlangten Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Datum: Stempel des Arztes
(vorzugsweise):

Unterschrift des Arztes oder des Patienten: