



Die Mitgabe soll wie folgt ablaufen (Ort der Abgabe, Anzahl der mitgegebenen Tagesdosen, Organisation regelmässiger Kontakte mit dem Patienten/der Patientin):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

|  |
|--|
| <p><b>Behandelnde/r Arzt/Ärztin der behandelnden Institution:</b></p> <p>.....</p> <p><b>Datum:</b> ..... <b>Stempel und Unterschrift:</b></p> <p>.....</p> <p>→ Mit der Unterschrift wird die Richtigkeit der oben gemachten Angaben bestätigt.</p> |
|--|