

Ärztliche Verordnung für eine direkt überwachte Medikamentenabgabe (DOT) zur Behandlung einer Tuberkulose

Verordnender Arzt

Name und Vorname

Adresse

Für Patient

Name und Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon Privat

Telefon Geschäft

Telefon Mobil

Krankenversicherung

Versichertennummer

Weiterbehandelnder Arzt

Name und Vorname

Adresse

DOT-Durchführung

von _____ bis Therapieende gemäss Arztverordnung

täglich Montag bis Samstag (für Sonntag mitgeben)

Andere Durchführung:

Therapie Monitor

Tuberkulose-Zentrum, Verein Lunge Zürich, Wilfriedstrasse 7, 8032 Zürich

Tel. 044 268 20 95, Fax 044 268 20 20

Abgabestelle

Name

Adresse

Weitere Angaben

Datum

Unterschrift und Stempel verordnender Arzt

Verordnung per Fax einsenden: Verein Lunge Zürich, Tuberkulose-Zentrum, Fax 044 268 20 20

Verein Lunge Zürich

Tuberkulose-Zentrum, Wilfriedstrasse 7, 8032 Zürich
T 044 268 20 95, F 044 268 20 20, info@lunge-zuerich.ch
www.lunge-zuerich.ch, Spendenkonto: 80-1535-7

