

# 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)

wöchentliche Abgabe gerichtet in Dose

Andere Durchführung:

## Therapie Monitor

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

Tel. 044 268 20 95, [tb@lunge-zuerich.ch](mailto:tb@lunge-zuerich.ch)

## Abgabestelle

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Weitere Angaben \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift und Stempel verordnender Arzt \_\_\_\_\_

Verordnung per E-Mail einsenden: Verein Lunge Zürich, Tuberkulose-Zentrum, [tb@lunge-zuerich.ch](mailto:tb@lunge-zuerich.ch)