

<p><b>Opioid Pass</b></p> <p>Mr/Mrs _____ requires permanent opioid medication due to his/her illness. Therefore he/she must always carry the medication listed in this pass to ensure regular taking.</p> <p>The medication is to be taken as prescribed by a physician. In case of discontinuance symptoms will increase and/or withdrawal symptoms will result. Medication and/or dosage should only be changed after consulting the treating physician.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Opioid Ausweis</b> <b>Opioid Pass</b></p> <p style="text-align: center;">für</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Name/ name</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Geburtsdatum/ date of birth</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Praxis/Klinik Stempel surgery/clinic stamp</span> <span>Unterschrift Arzt signature physician</span> </p> </div> <p style="text-align: center;"><b>beta Institut</b> <small>gemeinnützige GmbH</small></p>	<p><b>Opioid Ausweis</b></p> <p>Herr/Frau _____ ist aufgrund seiner/ihrer Erkrankung auf eine Opioid-Dauermedikation angewiesen. Er/Sie muss die im Ausweis aufgelisteten Medikamente zur regelmäßigen Einnahme bei sich führen.</p> <p>Die Medikamente müssen wie vom Arzt verordnet eingenommen werden. Bei Absetzen können sich die Symptome verstärken und/oder Entzugserscheinungen auftreten. Eine Änderung der Medikation oder der Dosierung sollte nur nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt erfolgen.</p>		
Ärztliche Bescheinigung (bitte stets mitführen) / doctor's confirmation (please always carry with you)				
Unterschrift Arzt signature physician	Einnahmezeit to be taken at	Dosierung dosage	Medikament medication	Datum date