

**Bemerkungen:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Informieren Sie sich unter [www.betaCare.de](http://www.betaCare.de) zu Themen wie:

- Autofahren unter Schmerzmitteln
- Reisen und Urlaub u. v. m.

Stempel Praxis/Klinik

Ein Engagement der betapharm

## Opioid-Ausweis

für

---

Vorname, Name

---

Geburtsdatum

**Ärztliche Bescheinigung  
(bitte in der Brieftasche mitführen)!**

Datum	Medikament	Dosierung	Einnahmezeit	Unterschrift Arzt

Der Inhaber dieses Ausweises ist aufgrund seiner Erkrankung auf eine Opioid-Dauermedikation angewiesen. Die im Ausweis aufgelisteten Medikamente muss er zur regelmäßigen Einnahme bei sich führen. Die verordnete Medikation ist einzuhalten. Eine Dosisveränderung kann zu einer Verstärkung der Schmerzen, ein abruptes Absetzen zu Entzugssymptomen führen. Eine Änderung der Dosierung bzw. der Medikation bitte nur nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt.