|  |
| --- |
| **Meldeformular suchtbedingte Störung - Meldebefugnis** **Gefährdungsmeldung nach Art. 3c BetmG (SR 812.121)** **i.V. mit § 4 Abs. 1 Bst. A EG BetmG (BGS 823.5)**(GEVER Nr.) |
|  |  |  |  |
| 1. | Meldende Fachstelle (Fach- | Name / Vorname  |  |
|  | (-person) / Amtsstelle  | Fachstelle / Amtsstelle | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  | Strasse | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  | Postfach | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  | PLZ / Ort  | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  | Telefonnummer | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  | Mailadresse\*  | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |  |  |
| 2. | Angaben zur betroffenen | Name / Vorname | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | Person / zum Kind, Jugend- | Geburtsdatum | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | lichen  | Strasse | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  | PLZ / Wohnort | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  | Telefonnummer  | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |  |  |
| 3. | Angaben zu den Eltern /  | Name / Vorname  | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | Erziehungsberechtigten / | Strasse | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | gesetzlichen Vertreter  | PLZ / Wohnort | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  | Telefonnummer  | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  | Eltern/Erziehungsberecht./ges.Vertreter informiert? |  Ja Nein  |
|  |  |  |  |
| 4. | MeldegrundVoraussetzung für Gefährdungsmeldung (Auszug aus Gesetz Art. 3c BetmG):  | Beschreibung derSituation/Gefährdung | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | Amtsstellen und Fachleute im Erziehungs-, Sozial-, Gesundheits-, Justiz- und Polizei-wesen können melden, wenn  |  |  |
|  |  a) sie diese in ihrer amtlichen oder beruflichen Tätigkeit festgestellt habenb) eine erhebliche Gefährdung der Betroffenen, ihrer Angehörigen oder der Allgemeinheit vorliegt undc) sie eine Betreuungsmassnahme als angezeigt erachten |  |  |
|  |  | Evtl. spezielles Ereignis(mit Angabe Datum/ Uhrzeit) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | Ort und Datum:………………………………………………………………………. | Stempel und Unterschrift:…………………………………………………………………… |

Das ausgefüllte Formular per Post senden an: Amt für Gesundheit, Kantonsarzt, Gartenstrasse 3,

6300 Zug

\* Versand von Personendaten per E-Mail nur über gesichertes Intranet oder Securemail