|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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. | Meldegrund  Voraussetzung für Gefährdungsmeldung (Auszug aus Gesetz Art. 3c BetmG): | Beschreibung der  Situation/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 haben  b) eine erhebliche Gefährdung der Betroffenen, ihrer Angehörigen oder der Allgemeinheit vorliegt und  c) 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