

Patientinnen- / Patienten – Vereinbarung zur Substitutionsbehandlung¹

zwischen

Name / Vorname: Geburtsdatum:

Adresse:

und

Dr. med.:(Fax:)

in Zusammenarbeit mit (bitte zutreffendes ankreuzen)

- ☐ der Suchtberatungsstelle:
(Fax-Nummer:)
- ☐ der Apotheke:
(Fax-Nummer:)
- ☐ andere Fachperson / Institution:
(Fax-Nummer:)

Vorrangiges Ziel der Behandlung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Aus der Sicht des / der	Patientin Patient	Ärztin Arzt	Suchtberaterin Suchtberater	Apothekerin Apotheker	Andere Fachperson
Abbau / Verminderung des Konsums illegaler Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduktion Morbidität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entkriminalisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die ambulante Behandlung mit (Zutreffendes ankreuzen)

☐ Methadon ☐ Buprenorphin ☐ Sevre-Long ☐

wird ab/...../..... durchgeführt.

Begleitmedikation bei Therapiestart (Medikament; Dosis/Tag):

1.; 2.
2.; 4.

¹ Fachliche Informationen: www.praxis-suchtmedizin.ch -> Heroin -> SBG Schnellstart in 1 Konsultation

Bedingungen:

1. Das Substitutionsmedikament muss **anfänglich täglich unter Sicht** in der Abgabestelle (Arztpraxis, Apotheke oder andere damit beauftragte Institution) eingenommen werden. Methadon wird **aufgelöst** abgegeben. Buprenorphin muss 5 Minuten im Mund aufgelöst werden, darf nicht geschluckt werden. Für Tage an denen die Abgabestelle geschlossen ist (Wochenende, Feiertage), erhält der Patient / die Patientin das Substitutionsmedikament mit nach Hause.
Eine Mitgabe des Substitutionsmedikamentes über mehrere Tage ist nur bei einem günstigen Verlauf der Substitutionsbehandlung und gutem Vertrauensverhältnis zur Patientin / zum Patienten möglich.
2. Erscheint die Patientin / der Patient **intoxikiert** („verladen“) zur Abgabe, dann hat die verantwortliche Person der Abgabestelle die Pflicht die Dosis zu reduzieren, bzw. gar kein Substitutionsmittel abzugeben, sei es mit oder ohne Absprache mit der Ärztin / dem Arzt.
3. **Verlorene, verschüttete, gestohlene oder erbrochene Dosen werden grundsätzlich nicht ersetzt.**
4. Die Patientin / der Patient verpflichtet sich, den von der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt verordnete Urinproben jederzeit Folge zu leisten.
5. Die Einnahme zusätzlicher Medikamente darf nur in Absprache mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt erfolgen. **Die Patientin / der Patient verpflichtet sich, andernorts keine Medikamente zu beschaffen.** Stimulantien (z.B. Ritalin) und Benzodiazepine sind bewilligungspflichtig. Kurzwirksame Benzodiazepine (z.B. Dormicum, Rohypnol, Stilnox) werden nicht bewilligt werden.
6. Ferienaufenthalte in der Schweiz sind möglich, sofern am Aufenthaltsort eine kontrollierte Substitutionsmittelabgabe organisiert werden kann oder eine Mitgabe des Substitutionsmedikamentes vertretbar ist. Frühzeitig vor Ferienbeginn ist eine Kontaktaufnahme der Patientin / des Patienten mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt zur Abgabe am Ferienort erforderlich.
Bei Ferien im Ausland ist die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt mindestens 4 Wochen im Voraus hinsichtlich des weiteren Vorgehens zu kontaktieren. Das Merkblatt „Reisende und betäubungsmittelhaltige Arzneimittel“ auf der Homepage des Gesundheitsdepartementes informiert über die dabei zu berücksichtigenden Details. Grundsätzlich liegt die Verantwortung bei Reisen im Ausland bei der Patientin / beim Patienten.
7. Bei einer Abhängigkeitsproblematik geht der Gesetzgeber davon aus, dass **keine Fahrtauglichkeit** besteht und verbietet somit das Führen von Motorfahrzeugen. Beim Beginn einer Substitutionsbehandlung ist deshalb der Führerausweis beim Strassenverkehrsamt zu deponieren.
Nach frühestens 6 Monaten und einem günstigen Verlauf der Substitutionsbehandlung (erwiesenermassen kein Beikonsum von anderen psychotropen Substanzen, auch nicht von Cannabis und Alkohol) kann das Strassenverkehrsamt unter Auflagen das Führen eines Motorfahrzeuges wieder erlauben. Es ist Sache der Patientin / des Patienten, sich um das Wiedererlangen bzw. um den Erhalt des Führerausweises zu bemühen.
8. Die Patientin / der Patient akzeptiert und unterstützt seinerseits die intensive Zusammenarbeit aller Vertragspartner unter anderem durch Einhaltung der Termine. **Apotheke und Suchtberatung teilen der Ärztin / dem Arzt umgehend mit, wenn Termine nicht eingehalten werden oder andere Auffälligkeiten beobachtet wurden.**
9. Bei Nichteinhalten der Ziff. 1 bis 8 dieser Vereinbarung oder bei mehreren positiv ausfallenden Urinkontrollen ist die Weiterführung der Substitutionsbehandlung zu überprüfen.
10. **Die Patientin / der Patient entbindet Ärztin / Arzt, Suchtberaterin / Suchtberater und Apothekerin / Apotheker oder andere auf Seite 1 aufgeführte Fachleute vor der Schweigepflicht.**
11. Die Vereinbarung kann jederzeit von den Vertragsparteien aufgehoben werden.
12. Mit der Patientin / dem Patienten ist die **Checkliste** (Information für die Patientin / den Patienten (informed consent) Methadon / Buprenorphin / Sevre Long besprochen worden (siehe www.praxis-suchtmedizin.ch).
13. **Besondere Abmachungen zwischen Ärztin / Arzt und Apothekerin / Apotheker werden in einem Beiblatt festgehalten.** Die Apotheken informieren Arzt/Ärztin per Fax über Beobachtungen und Therapieänderungen.

14. Ein **Standortgespräch** mit allen aktiv involvierten Beteiligten soll regelmässig, etwa **alle drei Monate** durchgeführt werden. Dabei sollen die anfänglich formulierten Ziele und der bisherige Behandlungsverlauf überprüft und allenfalls angepasst werden.

15. Anmerkungen:

Die unterzeichnende Patientin / der unterzeichnende Patient hat die Punkte 1 bis 15 der Vereinbarung gelesen und verstanden. Sie / er erklärt sich mit dem Inhalt der Vereinbarung einverstanden.

.....
Ort und Datum

.....
Patientin / Patient

.....
Ärztin / Arzt

.....
Suchtberaterin / Suchtberater

.....
Apothekerin / Apotheker

.....
Andere Fachperson

Spezielle Vereinbarung zwischen Ärztin / Arzt und Apothekerin / Apotheker Datum:.....

Die Ärztin / der Arzt erteilt der Apothekeim Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung von auf Wunsch der Patientin / des Patienten ohne Rücksprache mit der Ärztin / dem Arzt:

- die Dosis von Methadon einmalig ummg zu erhöhen / zu reduzieren*
- die Dosis von Subutex einmalig um mg zu erhöhen / zu reduzieren*
- die Dosis von Sevre-Long einmalig um mg zu erhöhen / zu reduzieren*
- das Medikament einmalig um mg zu erhöhen / zu reduzieren*
- das Substitutionsmedikament maximal Tage vor dem vereinbarten Termin zu beziehen
-

Datum:

Stempel / Unterschrift Ärztin / Arzt:

* die neue Dosis wird dem Arzt telefonisch oder per Fax mitgeteilt