

|                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <b>Patient (Name, Vorname):</b> | <b>Geburtsdatum:</b>            |
| <b>Behandelnder Arzt:</b>       | <b>Psychosoziale Betreuung:</b> |

*Nachdem ich umfassend durch meinen behandelnden Arzt über die Substitutionsbehandlung aufgeklärt worden bin, schließe ich mit ihm folgende*

## **Behandlungsvereinbarung**

1. Die medizinische Betreuung erfolgt nur durch den oben bezeichneten Arzt bzw. seinen ärztlichen Vertreter.
2. Die Verabreichung des Substitutionsmittels erfolgt täglich zu den vom Arzt festgelegten Zeiten an den festgelegten Orten durch den Arzt oder durch von ihm beauftragtes Personal. An der erforderlichen Dosiseinstellung wirke ich mit. Ich werde regelmäßig zu den vom Arzt angeordneten Behandlungen und Kontrollen erscheinen.
3. Mir ist bekannt, dass der Konsum anderer suchterzeugender Substanzen und die Einnahme von Medikamenten nicht erlaubt sind, ausgenommen sie wurden vom Arzt verordnet. Ich verzichte ausdrücklich auf jeglichen Beikonsum von nicht ärztlich verordneten Medikamenten, illegalen Drogen und Alkohol. Über Medikamente, die von anderen Ärzten verordnet wurden, informiere ich meinen substituierenden Arzt unverzüglich.
4. Ich bin über die möglichen Gefahren im Umgang mit dem Substitutionsmittel aufgeklärt worden. Insbesondere über Überdosierung, Mißbrauch und Gefahren durch Kombination mit anderen Suchtstoffen. Auf die Gefährdung von Dritten (z.B. Kindern) durch versehentliche Einnahme des Substitutionsmittels und auf die sachgerechte Aufbewahrung bin ich hingewiesen worden.
5. Ich verpflichte mich, an den angeordneten Kontrollen auf Beikonsum (Urinkontrollen, Alkoholtests oder Blutuntersuchungen) teilzunehmen. Die Kontrollen können regelmäßig, aber auch unangekündigt durchgeführt werden. Zudem wird zugestimmt, dass die Urinabgabe unter Sicht erfolgen kann.
6. Die Rezepte werden ausschließlich durch den Arzt oder seine Mitarbeiter/innen eingelöst. Das verordnete Substitutionsmittel soll über die im Anhang bezeichnete Apotheke nach entsprechender vertraglicher Vereinbarung bezogen werden.
7. Ich verpflichte mich, an den vereinbarten Maßnahmen zur psychosozialen Betreuung teilzunehmen und die getroffenen Vereinbarungen und Termine einzuhalten. Die psychosoziale Betreuung wird durch genannte Person/Institution (siehe Anhang) übernommen. Ich bin damit einverstanden, dass Arztpraxis und Beratungsstelle behandlungsrelevante Informationen über mich austauschen.
8. Ich verpflichte mich zur Einhaltung der Behandlungsregeln.

9. Die Substitutionsbehandlung kann durch den Arzt beendet werden
- **bei fehlender Mitwirkung an den angeordneten bzw. vereinbarten medizinischen Maßnahmen oder psychosozialen Betreuungsmaßnahmen,**
  - **bei fortgesetztem Beikonsum von Drogen, Alkohol oder Medikamenten,**
  - **bei missbräuchlicher Verwendung des Substitutionsmittels,**
  - **bei Verstößen gegen die vereinbarten Behandlungsregeln.**
10. Ich bestätige, dass ich ausführlich über das Substitutionsmittel und dessen Wirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Substanzen, insbesondere Alkohol und psychoaktive Substanzen wie Benzodiazepine, Antidepressiva, Antiepileptika und Neuroleptika aufgeklärt wurde.
11. Des Weiteren bestätige ich, dass der Arzt mich darüber aufgeklärt hat, dass während der Substitutionsbehandlung die Fahrtüchtigkeit und die Eignung zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt sein können. Dies gilt insbesondere, wenn zusätzlich Schlaf- oder Beruhigungsmittel oder Alkohol konsumiert werden. Ich wurde ausdrücklich darüber aufgeklärt, dass das Führen eines Fahrzeugs im öffentlichen Straßenverkehr nicht zulässig ist, solange von einem Arzt Medikamente verordnet werden, die die Fahrtüchtigkeit einschränken.
12. Die zur Durchführung der medizinischen Behandlung und der psychosozialen Betreuung erforderlichen Daten und Informationen werden in Akten dokumentiert (sowie mittels EDV erfasst und verarbeitet). Ich wurde über Umfang und Charakter der Dokumentation informiert und erkläre mich damit einverstanden.
13. Ich wurde informiert, dass der Arzt verpflichtet ist, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) meine Substitutionsbehandlung in anonymisierter Form zu melden, um das Verschreiben eines Substitutionsmittels durch mehrere Ärzte für denselben Patienten und denselben Zeitraum zu verhindern. Die Meldung erfolgt entsprechend den Vorschriften in codierter Form.
14. Ein Behandlungsausweis wurde mir ausgehändigt.
15. **Gilt nur für Frauen:**  
*Ich erkläre mich einverstanden, dass mein substituierender Arzt nach vorheriger Absprache mit mir bei vorangeschrittener Schwangerschaft, vor oder unmittelbar nach der Geburt eines Kindes oder bei absehbaren Schwierigkeiten bei der von mir verantworteten Versorgung von Kleinkindern einen Kontakt zum zuständigen Jugendamt zur Einleitung von Maßnahmen der Hilfe und Unterstützung vermittelt.*
16. Von dieser Vereinbarung erhalten ich, die Arztpraxis und die Beratungsstelle je ein Exemplar.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ärztin/Arzt

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift psychosoziale/r Berater/in

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin/Patient