



Stempel des Arztes

Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung

hier: Psychosoziale Betreuung (PSB)

Mein Patient (Code-Nr. _____),

Name

Vorname

geb. am

Ich bitte Sie, für meinen obigen Patienten nachstehend zu bescheinigen, dass er bei Ihnen in psychosozialer Betreuung steht bzw. diese jetzt aufgenommen wird.

Datum

Unterschrift des Arztes

**Bitte diesen Vordruck dem Patienten zwecks
Weiterleitung an seinen Arzt mitgeben!**

bitte wenden

Erklärung der psychosozialen Einrichtung

Ihren Patienten,

Herrn/Frau _____ geb. am _____

werden wir

Einrichtung/ verantwortlicher Therapeut

im Rahmen der Substitutionsbehandlung betreuen, unter der Voraussetzung, dass im Sinne des umfassenden Therapiekonzeptes (Präambel der Richtlinie des GBA, Methoden der vertragsärztlichen Versorgung i.d.F. vom 17. Januar 2006) eine Zusammenarbeit zwischen dem zu substituierenden Patienten und der psychosozialen Behandlungsstelle gewährleistet ist.

Die psychosoziale Einrichtung behält sich vor, falls notwendig, die psychosoziale Betreuung zu beenden. In diesem Fall erhält der substituierende Arzt eine entsprechende Mitteilung.

Die Psychosoziale Betreuung

entspricht entspricht nicht

dem aktuellen Behandlungsbedarf des Klienten.

Termine der letzten Gespräche:

Datum / Unterschrift/ Stempel

Datum / Unterschrift/ Stempel

Datum / Unterschrift/ Stempel

Datum / Unterschrift/ Stempel

Datum / Unterschrift/ Stempel

Datum / Unterschrift/ Stempel

Datum / Unterschrift/ Stempel

Datum / Unterschrift/ Stempel

Datum / Unterschrift/ Stempel

Bemerkungen:

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

Ein Exemplar erhält der Patient, ein Exemplar verbleibt bei der Beratungsstelle.