

## Patientinnen- / Patienten - Vereinbarung zur Substitutionsbehandlung

### Zwischen

Name / Vorname: ..... Geburtsdatum: .....  
 Adresse: .....

### und

Dr. med. ....  
 Adresse: .....

### Vorrangiges Ziel der Behandlung (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Aus der Sicht der / des	Patientin Patienten	Ärztin Arztes	Suchtberaterin Suchtberaters
Abbau / Verminderung des Konsums illegaler Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduktion Morbidität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entkriminalisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Die ambulante Behandlung mit (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Methadon                       anderes Betäubungsmittel (Name:) .....                       Benzodiazepinen (Name:) .....

Eine evtl. benötigte Zusatzmedikation mit Benzodiazepinen oder den sogenannten „Z-Substanzen“ (Zolpidem: Stilnox®; Zopiclon: Imovane®) im Rahmen einer Substitutionstherapie ist bewilligungspflichtig. In der Regel werden nur langwirksame Präparate zugelassen. Kurzwirksame Substanzen und die sogenannten „Z-Substanzen“ können nur ausnahmsweise und aufgrund eines detaillierten Arztberichts bewilligt werden.

Langzeitprogramm ab: .....  
 Überbrückungsprogramm von: ..... bis: .....  
 Bereits bestehende Bewilligung seit: ..... Kanton: .....

wird ab ..... durchgeführt.

## Bedingungen

1. Das Substitutionsmedikament muss täglich unter Sicht in der Abgabestelle (Arztpraxis, Apotheke oder andere damit beauftragte Institution) eingenommen werden. Methadon wird aufgelöst in Fruchtsaft oder Sirup abgegeben. Für Tage, an denen die Abgabestelle geschlossen ist (Wochenende, Feiertage), erhält die Patientin oder Patient das Substitutionsmedikament mit nach Hause.

Eine Mitgabe des Substitutionsmedikaments über mehrere Tage (max. 7 Tagesrationen) ist nur bei einem günstigen Verlauf der Substitutionsbehandlung und gutem Vertrauensverhältnis zur Patientin oder zum Patienten möglich.

2. Verlorene oder verschüttete Medikationsdosen werden nicht ersetzt.
3. Die Patientin oder der Patient verpflichtet sich, den von der behandelnden Ärztin oder von dem behandelnden Arzt verordneten Urinkontrollen jederzeit Folge zu leisten.
4. Die Einnahme zusätzlicher Medikamente darf nur in Absprache mit der behandelnden Ärztin oder mit dem behandelnden Arzt erfolgen. Die Patientin oder der Patient verpflichtet sich, anderenorts keine zusätzlichen Medikamente zu beschaffen.
5. Ferientaufenthalte in der Schweiz sind möglich, sofern am Aufenthaltsort eine kontrollierte Substitutionsmittel-Abgabe organisiert werden kann oder eine Mitgabe des Substitutionsmedikaments vertretbar ist. Spätestens 14 Tage vor Ferienbeginn ist eine Kontaktnahme der Patientin oder des Patienten mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt zur Vorbereitung der Abgabe am Ferienort erforderlich.

Bei Ferien im Ausland ist die behandelnde Ärztin resp. der behandelnde Arzt mindestens 4 Wochen vor Ferienantritt hinsichtlich des weiteren Vorgehens zu kontaktieren. Die frühzeitige Kontaktnahme mit der diplomatischen Vertretung des Reislandes wird empfohlen und ist Sache der Patientin oder des Patienten. Informationen zum Thema Substitution und Auslandsreisen sind auf der Internetseite des Schweizerischen Heilmittelinstituts Swissmedic ([www.swissmedic.ch](http://www.swissmedic.ch)) erhältlich. Eine Bescheinigung nach Artikel 75 des Schengener Abkommens kann vom behandelnden Arzt ausgestellt werden.

Die Fahrfähigkeit muss individuell durch den Arzt beurteilt werden. Es gelten die Grundsätze der Richtlinie zur Substitutionsbehandlung im Kanton Graubünden.

6. Bei Nichteinhalten der Ziff.1 bis 6 dieser Vereinbarung oder bei mehreren positiv ausfallenden Urinkontrollen ist die Weiterführung der Substitutionsbehandlung zu überprüfen.
7. Der Patient entbindet den behandelnden Arzt und die zuständige Fachperson von der gegenseitigen Schweigepflicht.
8. Diese Vereinbarung kann jederzeit von den Vereinbarungspartnern aufgehoben werden.
9. Ein Standortgespräch mit allen Beteiligten soll regelmässig durchgeführt werden. Dabei sollen die anfänglich formulierten Ziele und der bisherige Behandlungsverlauf überprüft werden.

## Anmerkungen:

Die unterzeichnende Patientin oder der unterzeichnende Patient hat die Punkte 1 bis 10 der Vereinbarung gelesen und verstanden. Sie oder er erklärt sich mit dem Inhalt der Vereinbarung einverstanden.

.....  
Ort und Datum

.....  
Patientin / Patient

.....  
Ärztin / Arzt

## Substitutionstherapie – Antrag und Eintrittsfragebogen

Das vorliegende Formular ist bei obengenannter Adresse zu beziehen und einzureichen. Für Überbrückungsprogramme müssen nur die Punkte 1 bis 5 ausgefüllt werden.

Angaben Patientin / Patient			
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	Nationalität: <input type="checkbox"/> Schweiz <input type="checkbox"/> Italien
Name:	.....		<input type="checkbox"/> Spanien <input type="checkbox"/> Deutschland
Vorname:	.....		<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> Frankreich
Strasse:	.....		<input type="checkbox"/> Portugal <input type="checkbox"/> Ex-Jugoslawien
PLZ/Ort:	.....		<input type="checkbox"/> andere: .....
Geburtsdatum:	.....		
Zivilstand:	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> unbekannt
Anzahl Kinder:	.....		Krankenkasse: .....
Abgabeort			
<input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Apotheke <input type="checkbox"/> Ambulatorium Neumühle <input type="checkbox"/> andere Stelle			
Name:	.....		Telefon: .....
Strasse:	.....		Fax: .....
PLZ/Ort:	.....		E-Mail: .....
1. Aktueller Drogenkonsum			
	Täglich	1x oder weniger/Woche	Einstiegsalter
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Amphetamin/Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Barbiturate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Benzodiazepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Codein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Halluzinogene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Methadon (illegal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
anderes: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>i.v.-Drogenkonsum</b>	<input type="checkbox"/> ja, seit ..... Jahren <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> unbekannt
2. Entzüge / Therapien / Substitutionsbehandlungen			
Frühere Entzüge / Therapien / Substitutionen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt			
Anzahl der Entzüge:		Stationär: ..... ambulant: .....	
Anzahl der Therapien:		Stationär: ..... ambulant: .....	
Anzahl der Substitutionsbehandlungen:		Stationär: ..... ambulant: .....	
<b>Letzte suchtspezifische Behandlung:</b>			
Institution:	.....		
Strasse:	.....		
PLZ/Ort:	.....		
Telefon:	.....		