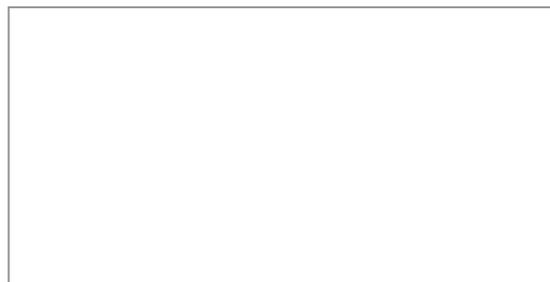


Frau Sahar Geerlings  
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Qualitätssicherungskommission Substitution  
Vogelsgarten 6  
90402 Nürnberg



Arztstempel mit LANR

**Dokumentation der Substitutionsbehandlung zur  
Qualitätssicherung nach Kapitel 7 der Richtlinie der Bundesärztekammer zur  
Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger**

Patientencode							
(Der Patientencode setzt sich wie folgt zusammen:							
1. und 2. Stelle: erster und zweiter Buchstabe des ersten Vornamens							
3. und 4. Stelle: erster und zweiter Buchstabe des Familiennamens; Titel wie "Dr." und Namenszusätze wie "von", "de", "van de" etc. sind <u>nicht</u> einzusetzen (Bsp.: Dr. von <b>S</b> chwanstein)							
5. Stelle: Geschlecht ("F" für weiblich, "M" für männlich)							
6. bis 8. Stelle: jeweils letzte Ziffer von Geburtstag, -monat und -jahr (Bsp. 16.07.1968).							
Bitte für Patientencode Großbuchstaben verwenden (Ausnahme "ß") und Umlaute <b>Ä, Ö, Ü</b> ebenso eintragen.)							
Vorn.		Nachn.		G	Geb-Ziff.		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Opioidabhängig seit							
Tag		Monat		Jahr			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum der 1. Anwendung des Substitutionsmittels					Art des Substitutionsmittels		
(Buprenorphin, Levomethadon, Methadon, Morphin, Codein, Dihydrocodein )							
Tag		Monat		Jahr			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beginn der Substitution in eigener Praxis					Art des Substitutionsmittels		
(Buprenorphin, Levomethadon, Methadon, Morphin, Codein, Dihydrocodein )							
Tag		Monat		Jahr			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Begründung zur aktuellen Verschreibung einer Zubereitung von Codein oder Dihydrocodein:							
_____							
Meldeverpflichtungen an das Substitutionsregister gemäß § 5 b Absatz 2 und 4 BtMVV finden Beachtung:							
<input type="checkbox"/> Ja				<input type="checkbox"/> Nein			
Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht bei Abschluss der Behandlungsvereinbarung gegenüber der Qualitätssicherungskommission im Rahmen der Stichprobenprüfung nach § 8 Absatz 3 Satz 1 bis 3 der Anlage I Nr. 2 RiLi Methoden vertragsärztl. Versorgung ist erfolgt:							
<input type="checkbox"/> Ja				<input type="checkbox"/> Nein			

Ende / Abbruch der Substitution am:							
Tag		Monat		Jahr			
Beendet wegen: <input type="checkbox"/> stationärem Entzug <input type="checkbox"/> ambulantem Entzug <input type="checkbox"/> Arztwechsel <input type="checkbox"/> Sonstige Gründe: _____							
<input type="checkbox"/> versuchte Anpassungen des Behandlungsregimes (ggf. Einreichung mittels Beiblatt): _____							
<input type="checkbox"/> Beiblatt beigelegt							
<input type="checkbox"/> ggf. Abklärung einer Sicherstellung der Behandlungskontinuität erfolgt (ggf. Einreichung mittels Beiblatt)							
<input type="checkbox"/> Beiblatt eingefügt							
<input type="checkbox"/> ggf. Weiterleitung an eine nachbetreuende Stelle erfolgt							

Aktuelle Lebenssituation				
Wohnsituation:	<input type="checkbox"/> allein lebend	<input type="checkbox"/> in Partner- schaft	<input type="checkbox"/> in Familie	<input type="checkbox"/> im Heim / Pflegeheim
Im Haushalt lebende Kinder:				
<input type="checkbox"/> keine				
Anzahl:	<input type="checkbox"/> 0 - 6 Jahre	<input type="checkbox"/> 7-14 Jahre	<input type="checkbox"/> 14-18 Jahre	
Es besteht eine Schwangerschaft:				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Ausbildung/Beruf:				
Aktuelles Beschäftigungs- verhältnis:	<input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> berufstätig	<input type="checkbox"/> berentet
<input type="checkbox"/> es liegen folgende psychosoziale Belastungen vor:				
Psychosoziale Betreuung empfohlen:				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				

<b>Suchtanamnese</b>			
<b>1. Entwicklung der Abhängigkeit:</b>			
Einstiegsalter:			
Umstände des Einstiegs:			
Welche Substanzen wurden konsumiert?:			
<input type="checkbox"/> Cannabis	<input type="checkbox"/> Crack	<input type="checkbox"/> Heroin	<input type="checkbox"/> Marihuana
<input type="checkbox"/> LSD	<input type="checkbox"/> Speed	<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Benzodiazepine
<input type="checkbox"/> Amphetamine	<input type="checkbox"/> Weitere:		
Aktuell konsumierte Substanzen:			
<b>2. Behandlungsversuche:</b>			
<input type="checkbox"/> Entzug - falls ja, wann:			
<input type="checkbox"/> Entwöhnung - falls ja, wann:			
<b>3. Medizinische Befunde:</b>			
Größe:		Gewicht:	
Begleitende somatische Erkrankungen und relevante Vorerkrankungen:			
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C	
<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Einstichstellen	<input type="checkbox"/> Abszesse	
<input type="checkbox"/> Pneumonie	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/> QT-Zeit	
<input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> ADHS	
<input type="checkbox"/> Suizidversuch, falls ja, wann:			
<input type="checkbox"/> andere begleitende somatische Erkrankung und relevante Vorerkrankungen:			
<input type="checkbox"/> komorbide psychische und substanzbedingte Störungen:			
<b>4. Medikation neben dem Substitutionsmittel:</b>			
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
Medikament/Dosierung:			
<b>5. Mitbehandlung somatischer Erkrankungen und relevanter Vorerkrankungen:</b>			
Bestehend:	<input type="checkbox"/> Ja, Anlass:	<input type="checkbox"/> Nein	
Notwendig:	<input type="checkbox"/> Ja, Anlass	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>6. Mitbehandlung komorbider psychischer und substanzbedingter Störungen</b>			
Bestehend:	<input type="checkbox"/> Ja, Anlass:	<input type="checkbox"/> Nein	
Notwendig:	<input type="checkbox"/> Ja, Anlass	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>7. Falls Austausch mit Vorbehandlern vor bzw. bei Einleitung der Substitution (unter Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht):</b>			
<small>nur auszufüllen, wenn ein Austausch stattfand</small>			
Austausch			
<input type="checkbox"/> zur Abhängigkeitserkrankung mit folgendem Ergebnis:			
_____			
<input type="checkbox"/> zu Begleiterkrankungen und Begleitmaßnahmen mit folgendem Ergebnis:			
_____			
<input type="checkbox"/> zum verschriebenen Substitut und dessen Dosierung mit folgendem Ergebnis:			
_____			

Abklärung infektiologischer Erkrankungen bei Behandlungsbeginn	
<b>Hepatitis A</b> HAV IgG AK	<input type="checkbox"/> pos (Zustand nach Hepatitis A-Infektion bzw. Zustand nach Impfung) <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> nicht getestet
<b>Hepatitis B</b> HBcAK	<input type="checkbox"/> pos (Zustand nach Hepatitis B-Infektion) <input type="checkbox"/> neg (kein Hinweis auf Infektion) <input type="checkbox"/> nicht getestet
HBsAK	<input type="checkbox"/> pos (Zustand nach Impfung bzw. Zustand nach Hepatitis B- Infektion) <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> nicht getestet
HBs AG	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg (kein Hinweis auf Hepatitis B-Virussträger) <input type="checkbox"/> nicht getestet
<b>Hepatitis C</b> IgG AK	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg (kein Hinweis auf Infektion) <input type="checkbox"/> nicht getestet
PCR	<input type="checkbox"/> pos _____ <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> nicht getestet
<b>HIV</b> IgG AK	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg (kein Hinweis auf Infektion) <input type="checkbox"/> nicht getestet
<b>Sonstige auffällige Laborergebnisse:</b>	

<b>Urinkontrollen bei Behandlungsbeginn</b> (innerhalb des ersten halben Jahres) (Alternativ zum Ausfüllen der unten stehenden Tabelle: Einreichung tabellarischer Kopien) für positiven Nachweis: + ; für negativen Nachweis: - ; für nicht getestet: Ø									
Datum	Methadon	Opiate	Kokain	Benzodiazepine	Amphetamine	Buprenorphin	Cannabis	EDDP	Fentanyl

<b>Individueller Therapieplan</b>			
<b>1. Individuelle Therapieziele nach § 3 Absatz 1 der Anlage I Nr. 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (Mehrfachnennungen sind möglich)</b>			
Mögliche und erreichbare Therapieziele - einschließlich der Opioidabstinenz wurden mit dem/der Patienten/Patientin besprochen			
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
Therapieziel ist die			
<input type="checkbox"/> Abs. 1 Spiegelstrich 1	Sicherstellung des Überlebens		
<input type="checkbox"/> Abs. 1 Spiegelstrich 2	Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes		
<input type="checkbox"/> Abs. 1 Spiegelstrich 3	Unterstützung der Behandlung somatischer und psychischer Begleiterkrankungen		
<input type="checkbox"/> Abs. 1 Spiegelstrich 4	Reduktion riskanter Applikationsformen von Opioiden		
<input type="checkbox"/> Abs. 1 Spiegelstrich 5	Reduktion des Konsums unerlaubt erworbener oder erlangter Opiode		
<input type="checkbox"/> Abs. 1 Spiegelstrich 6	Reduktion des Gebrauchs weiterer Suchtmittel		
<input type="checkbox"/> Abs. 1 Spiegelstrich 7	Abstinenz von unerlaubt erworbenen und erlangten Opioiden		
<input type="checkbox"/> Abs. 1 Spiegelstrich 8	Verringerung der durch die Opioidabhängigkeit bedingten Risiken für Mutter und Kind während einer Schwangerschaft sowie während u. nach der Geburt		
<input type="checkbox"/> Abs. 1 Spiegelstrich 9	Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität		
<input type="checkbox"/> Abs. 4	Opioidabstinenz		
Zusätzliche mittelbare/psychosoziale Ziele:			
<input type="checkbox"/> Abs. 2 Variante 1	Reduktion der Straffälligkeit		
<input type="checkbox"/> Abs. 2 Variante 2	Teilhabe am Leben in der Gesellschaft		
<input type="checkbox"/> Abs. 2 Variante 3	Teilhabe am Arbeitsleben		
<b>2. Dosierung und Vergabemodalität des aktuellen Substitutionsmittels</b>			
<input type="checkbox"/> Methadon	Tagesdosis:		
<input type="checkbox"/> Levomethadon	Tagesdosis:		
<input type="checkbox"/> Buprenorphin sublingual	Tagesdosis:		
Bei folgenden Substitutionsmitteln bitte medizinisch begründen, warum dieses Substitut verwendet wurde:			
<input type="checkbox"/> Substitol	Tagesdosis:		
<input type="checkbox"/> Dihydrocodein	Tagesdosis:		
<input type="checkbox"/> Buprenorphin Subuctan	Tagesdosis:		
<input type="checkbox"/> andere:	Tagesdosis:		
Medizinische Begründung:			
Substanzwechsel	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja; Begründung:	
Dosis im Verlauf	<input type="checkbox"/> stabil	<input type="checkbox"/> steigend	<input type="checkbox"/> fallend
	<input type="checkbox"/> wechselnd		
Kommentar/Begründung zu „stabil“, „steigend“ oder „wechselnd“:			

tägl. Einnahme unter Aufsicht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein						
Verschreibung von Codein oder Dihydrocodein - <b>nur auszufüllen, falls zutreffend</b>	<input type="checkbox"/> <b>nach</b> der Überlassung jeweils einer Dosis zum unmittelbaren Verbrauch unter Aufsicht wird die für einen Tag zusätzlich benötigte Menge des Substitutionsmittels in abgeteilten Einzeldosen ausgehändigt und insoweit die eigenverantwortliche Einnahme gestattet <b>(Ausnahmeregelung beschränkt auf die Verschreibung von Codein oder Dihydrocodein gemäß § 5 Absatz 7 Satz 2 BtMVV),</b>  <input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für eine nicht bestimmungsgemäße Einnahme des Substitutionsmittels liegen nicht vor							
<b>Take-Home-Verschreibung:          Dosierung und Vergabemodalität des aktuellen Substitutionsmittels</b>								
<input type="checkbox"/> Nein	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="643 842 1468 898"> <b>Spalte nur auszufüllen bei erfolgter Take-Home-Verschreibung:</b> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="643 909 1468 965"> <input type="checkbox"/> Ja, Mengenangabe:         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="643 976 1468 1626">           bitte begründen:   <input type="checkbox"/> die Kontinuität der Substitutionsbehandlung des Patienten kann nicht anders gewährleistet werden            und  <input type="checkbox"/> der Verlauf der Behandlung lässt es zu            und  <input type="checkbox"/> Risiken der Selbst- oder Fremdgefährdung sind so weit wie möglich ausgeschlossen            und  <input type="checkbox"/> die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs werden nicht beeinträchtigt,   <input type="checkbox"/> die Überlassung des Substitutionsmittels zum unmittelbaren Verbrauch ist nicht mehr erforderlich   <input type="checkbox"/> Weiteres:         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="643 1637 1468 1827"> <input type="checkbox"/> der/die Patient/-in hat folgende persönliche, berufliche oder medizinische Gründe glaubhaft gemacht, die eine über 7 Tage hinausgehende Take-Home-Verschreibung erforderlich machen:         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="643 1839 1468 1917"> <input type="checkbox"/> die Aushändigung der Verschreibung erfolgte im Rahmen der persönlichen Konsultation         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="643 1928 1468 2018"> <input type="checkbox"/> Pro Kalenderwoche wurde nicht mehr als eine Verschreibung ausgehändigt.         </td> </tr> </table>		<b>Spalte nur auszufüllen bei erfolgter Take-Home-Verschreibung:</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Mengenangabe:	bitte begründen:  <input type="checkbox"/> die Kontinuität der Substitutionsbehandlung des Patienten kann nicht anders gewährleistet werden und <input type="checkbox"/> der Verlauf der Behandlung lässt es zu und <input type="checkbox"/> Risiken der Selbst- oder Fremdgefährdung sind so weit wie möglich ausgeschlossen und <input type="checkbox"/> die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs werden nicht beeinträchtigt,  <input type="checkbox"/> die Überlassung des Substitutionsmittels zum unmittelbaren Verbrauch ist nicht mehr erforderlich  <input type="checkbox"/> Weiteres:	<input type="checkbox"/> der/die Patient/-in hat folgende persönliche, berufliche oder medizinische Gründe glaubhaft gemacht, die eine über 7 Tage hinausgehende Take-Home-Verschreibung erforderlich machen:	<input type="checkbox"/> die Aushändigung der Verschreibung erfolgte im Rahmen der persönlichen Konsultation	<input type="checkbox"/> Pro Kalenderwoche wurde nicht mehr als eine Verschreibung ausgehändigt.
<b>Spalte nur auszufüllen bei erfolgter Take-Home-Verschreibung:</b>								
<input type="checkbox"/> Ja, Mengenangabe:								
bitte begründen:  <input type="checkbox"/> die Kontinuität der Substitutionsbehandlung des Patienten kann nicht anders gewährleistet werden und <input type="checkbox"/> der Verlauf der Behandlung lässt es zu und <input type="checkbox"/> Risiken der Selbst- oder Fremdgefährdung sind so weit wie möglich ausgeschlossen und <input type="checkbox"/> die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs werden nicht beeinträchtigt,  <input type="checkbox"/> die Überlassung des Substitutionsmittels zum unmittelbaren Verbrauch ist nicht mehr erforderlich  <input type="checkbox"/> Weiteres:								
<input type="checkbox"/> der/die Patient/-in hat folgende persönliche, berufliche oder medizinische Gründe glaubhaft gemacht, die eine über 7 Tage hinausgehende Take-Home-Verschreibung erforderlich machen:								
<input type="checkbox"/> die Aushändigung der Verschreibung erfolgte im Rahmen der persönlichen Konsultation								
<input type="checkbox"/> Pro Kalenderwoche wurde nicht mehr als eine Verschreibung ausgehändigt.								

	<p>wiederholte Aufklärung über das Substitutionsmittel und dessen Wirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen psychoaktiven Substanzen:</p> <input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja, zuletzt am: _____
	<p>Aufklärung über eine kindersichere Aufbewahrung ist erfolgt</p> <input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja, am: _____
	<p>ggf. erfolgte Absprache mit psychosozialer Beratungsstelle:</p> <input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja, am: _____
	<p>Rezeptfraktionierung (Aufteilung in Teilmengen) vorgenommen:</p> <input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja, am: _____ bitte begründen: _____ _____
	<p>Rezeptfraktionierung (Aufteilung in Teilmengen) geändert: (in den letzten 12 Monaten)</p> <input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja, am: _____ bitte begründen: _____ _____
	<p>Überprüfung der Rezeptfraktionierung (Aufteilung in Teilmengen): (in den letzten 12 Monaten)</p> <input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja, am: _____
	<p>Überprüfung der Voraussetzungen und Gründe für die Take-Home-Vergabe (in den letzten 12 Monaten)</p> <input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja, zuletzt am: _____
	<p><b>Kindeswohlgefährdung festgestellt (ggf. mit Hilfe der Beratung des Jugendamtes, § 4 Absatz 2 KKG - pseudonymisierte Falldarstellung erforderlich):</b></p> <input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja, am: _____
	<p>Erörterung der Kindeswohlgefährdung mit den Sorgeberechtigten und Hinwirken auf Inanspruchnahme von Hilfen:</p> <input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja, am: _____



Unterstützung der Behandlung somatischer und psychischer Begleiterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduktion riskanter Applikationsformen von Opioiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduktion des Konsums unerlaubt erworbener oder erlangter Opioide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduktion des Gebrauchs weiterer Suchtmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstinenz von unerlaubt erworbenen und erlangten Opioiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verringerung der durch die Opioidabhängigkeit bedingten Risiken für Mutter und Kind während einer Schwangerschaft sowie während und nach der Geburt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schrittweise Dosisreduktion des Substitutionsmittels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opioidabstinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Zusätzliche mittelbare/psychosoziale Ziele:</b>				
Reduktion der Straffälligkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilhabe am Leben in der Gesellschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilhabe am Arbeitsleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Substitutionsbehandlung im Konsiliarverfahren gemäß § 5 Absatz 4 BtMVV (nur auszufüllen, wenn die Substitution im Konsiliarverfahren durchgeführt wird)</b>	
<input type="checkbox"/>	zu Behandlungsbeginn erfolgte die Abstimmung mit einem/einer suchtmmedizinisch qualifizierten Arzt/Ärztin
<input type="checkbox"/>	mindestens 1 x pro Quartal erfolgt die Vorstellung bei einem/einer suchtmmedizinisch qualifizierten Arzt/Ärztin (bitte letzten Quartalsbericht beilegen - <b>Patientenbezogene Daten bitte pseudonymisieren</b> )
<input type="checkbox"/>	gleichzeitig werden höchstens zehn Patienten mit Substitutionsmitteln behandelt

**Vertretung im letzten Kalenderjahr § 5 Absatz 5 BtMVV**

- erfolgte durch eine(n) suchtmedizinisch qualifizierte(n) Arzt/Ärztin
- erfolgte durch eine(n) suchtmedizinisch nicht qualifizierte(n) Arzt/Ärztin
- im Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
  - Begründung zur Vertretung durch einen/eine suchtmedizinisch nicht qualifizierte(n) Arzt/Ärztin: \_\_\_\_\_
- vor Beginn der Vertretung erfolgte die Abstimmung zwischen Vertreter und Vertretenem

**Substitution in einer externen Einrichtung, § 5 Absatz 10 BtMVV**

*(nur auszufüllen, wenn der substituierende Arzt nicht selbst in der externen Einrichtung tätig wird)*

- eine schriftliche/elektronische Vereinbarung zur Überlassung des Substitutionsmittel gegenüber dem Patienten zum unmittelbaren Verbrauch wurde mit folgender Einrichtung geschlossen:

\_\_\_\_\_

(Name, Anschrift)

Diese schriftliche/elektronische Vereinbarung zur Überlassung des Substitutionsmittels gegenüber dem Patienten zum unmittelbaren Verbrauch beinhaltet unter anderem Folgendes:

- Festlegungen zur Umsetzung der fachlichen Einweisung des Personals, das zur Überlassung des Substitutionsmittel zum unmittelbaren Verbrauch in der externen Einrichtung eingesetzt wird,
  - Benennung der für die Überlassung des Substitutionsmittels zum unmittelbaren Verbrauch in der externen Einrichtung verantwortlichen Person;
  - Regelungen zu den Kontrollmöglichkeiten durch den/die substituierende(n) Arzt/Ärztin
- als substituierende(r) Arzt/Ärztin habe ich sichergestellt, dass das in der externen Einrichtung hierfür eingesetzte Personal fachgerecht in die Überlassung des Substitutionsmittel zum unmittelbaren Verbrauch eingewiesen ist
- als substituierende(r) Arzt/Ärztin führe ich regelmäßige Kontrollen in der externen Einrichtung durch, zuletzt am: \_\_\_\_\_, nächste Kontrolle geplant am: \_\_\_\_\_

**Kommentar:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin

\_\_\_\_\_ Name des/der Behandelnden in Druckbuchstaben