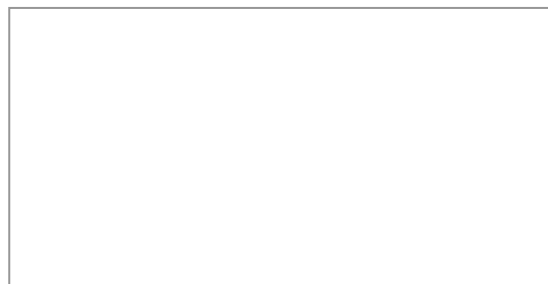


Frau Sahar Geerlings
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherungskommission Substitution
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg



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 S 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 Ä, Ö, Ü ebenso eintragen.)							
Vorn.	Nachn.	G	Geb-Ziff.				
_ _	_ _	_	_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _
Opioidabhängig seit							
Tag		Monat		Jahr			
_ _	_	_	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
Datum der 1. Anwendung des Substitutionsmittels					Art des Substitutionsmittels		
(Buprenorphin, Levomethadon, Methadon, Morphin, Codein, Dihydrocodein)							
Tag		Monat		Jahr			
_ _	_	_	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
Beginn der Substitution in eigener Praxis					Art des Substitutionsmittels		
(Buprenorphin, Levomethadon, Methadon, Morphin, Codein, Dihydrocodein)							
Tag		Monat		Jahr			
_ _	_	_	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
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				

Suchtanamnese			
1. Entwicklung der Abhängigkeit:			
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:			
2. Behandlungsversuche:			
<input type="checkbox"/> Entzug - falls ja, wann:			
<input type="checkbox"/> Entwöhnung - falls ja, wann:			
3. Medizinische Befunde:			
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:			
4. Medikation neben dem Substitutionsmittel:			
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
Medikament/Dosierung:			
5. Mitbehandlung somatischer Erkrankungen und relevanter Vorerkrankungen:			
Bestehend: <input type="checkbox"/> Ja, Anlass:		<input type="checkbox"/> Nein	
Notwendig: <input type="checkbox"/> Ja, Anlass		<input type="checkbox"/> Nein	
6. Mitbehandlung komorbider psychischer und substanzbedingter Störungen			
Bestehend: <input type="checkbox"/> Ja, Anlass:		<input type="checkbox"/> Nein	
Notwendig: <input type="checkbox"/> Ja, Anlass		<input type="checkbox"/> Nein	
7. Falls Austausch mit Vorbehandlern vor bzw. bei Einleitung der Substitution (unter Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht): <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	
Hepatitis A 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
Hepatitis 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
Hepatitis C 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
HIV IgG AK	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg (kein Hinweis auf Infektion) <input type="checkbox"/> nicht getestet
Sonstige auffällige Laborergebnisse:	

Urinkontrollen bei Behandlungsbeginn (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

Individueller Therapieplan			
1. Individuelle Therapieziele nach § 3 Absatz 1 der Anlage I Nr. 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (Mehrfachnennungen sind möglich)			
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		
2. Dosierung und Vergabemodalität des aktuellen Substitutionsmittels			
<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 - nur auszufüllen, falls zutreffend	<input type="checkbox"/> <u>nach</u> 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 (Ausnahmeregelung beschränkt auf die Verschreibung von Codein oder Dihydrocodein gemäß § 5 Absatz 7 Satz 2 BtMVV), <input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für eine nicht bestimmungsgemäße Einnahme des Substitutionsmittels liegen nicht vor							
Take-Home-Verschreibung: Dosierung und Vergabemodalität des aktuellen Substitutionsmittels								
<input type="checkbox"/> Nein	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="643 842 1468 898"> Spalte nur auszufüllen bei erfolgter Take-Home-Verschreibung: </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>		Spalte nur auszufüllen bei erfolgter Take-Home-Verschreibung:	<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.
Spalte nur auszufüllen bei erfolgter Take-Home-Verschreibung:								
<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> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zuletzt am: _____</p>
	<p>Aufklärung über eine kindersichere Aufbewahrung ist erfolgt</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am: _____</p>
	<p>ggf. erfolgte Absprache mit psychosozialer Beratungsstelle:</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am: _____</p>
	<p>Rezeptfraktionierung (Aufteilung in Teilmengen) vorgenommen:</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am: _____</p> <p>bitte begründen:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
	<p>Rezeptfraktionierung (Aufteilung in Teilmengen) geändert: (in den letzten 12 Monaten)</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am: _____</p> <p>bitte begründen:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
	<p>Überprüfung der Rezeptfraktionierung (Aufteilung in Teilmengen): (in den letzten 12 Monaten)</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am: _____</p>
	<p>Überprüfung der Voraussetzungen und Gründe für die Take-Home-Vergabe (in den letzten 12 Monaten)</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zuletzt am: _____</p>
	<p>Kindeswohlgefährdung festgestellt (ggf. mit Hilfe der Beratung des Jugendamtes, § 4 Absatz 2 KKG - pseudonymisierte Falldarstellung erforderlich):</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am: _____</p>
	<p>Erörterung der Kindeswohlgefährdung mit den Sorgeberechtigten und Hinwirken auf Inanspruchnahme von Hilfen:</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am: _____</p>

	bei festgestellter Kindeswohlgefährdung: Einschaltung des Jugendamtes unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen und der Ärztlichen Schweigepflicht: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, bitte begründen: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
	Take-Home-Verschreibung trotz Beigebrauch: (in den letzten 12 Monaten) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bitte begründen: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

3. Beigebrauch Nein Ja, mit folgender Substanz: _____

Ergriffene Maßnahmen zur Einstellung des Beigebrauchs:

4. Verlaufs- und Ergebniskontrollen (der letzten 12 Monate) (alternativ zum Ausfüllen der unten stehenden Tabelle: Einreichung tabellarischer Kopien (mind. 3 x im Quartal))

a) Urinkontrollen

(für positiven Nachweis: + ; für negativen Nachweis: - ; für nicht getestet: Ø)

Datum	Me- tha- don	Opiate	Kokain	Benzo- dia- zpine	Amphe- tamine	Buprenorphin	Cannabis	EDDP	Fentanyl

b) Aktuelle und auffällige Laborkontrollen (in Kopie beilegen)

5. Einschätzung der Zielerreichungen und Zielanpassungen im Therapieverlauf

Therapieziel	erreicht	verbessert	unverändert	verschlechtert
Sicherstellung des Überlebens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/>
Zusätzliche mittelbare/psychosoziale Ziele:				
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"/>

**Substitutionsbehandlung im Konsiliarverfahren gemäß § 5 Absatz 4 BtMVV
(nur auszufüllen, wenn die Substitution im Konsiliarverfahren durchgeführt wird)**

- zu Behandlungsbeginn erfolgte die Abstimmung mit einem/einer suchtmedizinisch qualifizierten Arzt/Ärztin
- mindestens 1 x pro Quartal erfolgt die Vorstellung bei einem/einer suchtmedizinisch qualifizierten Arzt/Ärztin (bitte letzten Quartalsbericht beilegen - **Patientenbezogene Daten bitte pseudonymisieren**)
- 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