**Fall-Nummer**

(wird von der Prüfungsstelle eingetragen)

Arztstempel mit LANR

**Persönlich / Vertraulich**

Prüfungsstelle für die Qualitäts- und

Wirtschaftlichkeitsprüfung

der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA)

Am Bauhof 12

95445 Bayreuth

**- Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger -**

**Dokumentation der Substitutionsbehandlung gem. Anlage I Nr. 2 § 7 Abs. 1 der Richtlinie des G-BA[[1]](#footnote-1) zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung**

Bitte **Initialen** der Patientin / des Patienten angeben

Nachname: Vorname: Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

weiblich männlich

Opiatabhängigkeit besteht seit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Substitutionsgestützte Behandlung

Beginn der 1. Substitutionsbehandlung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beginn der Substitution in der PIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Übernahme von: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Substitution endete am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beendet wegen: stationärem Entzug

ambulantem Entzug

Arztwechsel

Sonstige Gründe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Soziodemographische Angaben

|  |  |
| --- | --- |
| Familienstand | ☐ Ledig ☐Verheiratet, zusammenlebend  ☐ Geschieden ☐ Verheiratet, getrennt lebend  ☐ Verwitwet |
| Partnerbeziehung | ☐ Alleinstehend ☐ Zeitweilige Beziehung  ☐ Feste Beziehung ☐ Sonstige: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Lebenssituation | ☐ Alleinlebend  Wenn nicht alleinlebend, lebt zusammen mit:  ☐ Partner ☐Kind(ern)  ☐ Eltern(-teil) ☐ Sonstige Bezugsperson/en  ☐ Sonstiger/en Person/en |
| Kinder im eigenen  Haushalt | ☐ Keine  ☐ Anzahl der eigenen Kinder unter 18 Jahren \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Alter der Kinder \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Anzahl der Kinder unter 18 Jahren \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Alter der Kinder \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Staatsangehörigkeit /  Migration | Aktuelle Staatsangehörigkeit des Klienten:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Klient ist der deutschen Sprache mächtig ☐ Ja ☐ Nein Selbst migriert ☐ Ja ☐ Nein  Als Kind von Migranten geboren ☐ Ja ☐ Nein |
| Höchster bisher erreichter  Allgemeinbildender  Schulabschluss | ☐ Derzeit in Schulausbildung  ☐ Ohne Schulabschluss abgegangen  ☐ Sonderschulabschluss  ☐ Hauptschul-/Volksschulabschluss  ☐ Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule  ☐ (Fach-)Hochschulreife / Abitur  ☐ Anderer Schulabschluss |

|  |  |
| --- | --- |
| Höchster  Ausbildungsabschluss | ☐ Derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung  ☐ Keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen  ☐ Abgeschlossene Lehrausbildung  ☐ Meister / Techniker  ☐ Hochschulabschluss  ☐ Anderer Berufsabschluss |
| Wohnverhältnis | *Bitte zutreffende Zahlen eintragen*  Überwiegend die letzten 6 Monate vor Betreuungsbeginn  Am Tag vor Betreuungsbeginn  Am Tag nach Betreuungsende   1. Selbständiges Wohnen (eigene/gemietete Wohnung/Haus) 2. Bei anderen Personen 3. Ambulant Betreutes Wohnen 4. (Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung 5. Wohnheim/Übergangswohnheim 6. JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung 7. Notunterkunft, Übernachtungsstelle 8. Ohne Wohnung 9. Sonstiges |
| Erwerbssituation | *Bitte zutreffende Zahl eintragen*  Überwiegend die letzten 6 Monate vor Betreuungsbeginn  Am Tag vor Betreuungsbeginn  Am Tag nach Betreuungsende   1. Auszubildender 2. Arbeiter / Angestellter / Beamter 3. Selbständiger / Freiberufler 4. Sonstige Erwerbspersonen (z.B. Wehrdienst, Elternzeit,   mithelfende Familienangehörige)   1. In beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am   Arbeitsleben)   1. Arbeitslos nach SGB III (Bezug ALG I) 2. Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II) 3. Schüler / Student 4. Hausfrau / Hausmann 5. Rentner / Pensionär 6. Sonstige Nichterwerbspersonen (z.B. SGB XII) |
| Lebensunterhalt | **In der Woche vor Betreuungsbeginn (Behandlungsbeginn)**   1. Lohn, Gehalt, Einkünfte freiberufliche Tätigkeit ☐ Ja ☐ Nein 2. Ausbildungsbeihilfe, Unterhalt ☐ Ja ☐ Nein 3. Gelegenheitsjobs, unregelmäßige Einkünfte ☐ Ja ☐ Nein 4. Krankengeld / Übergangsgeld ☐ Ja ☐ Nein 5. Leistungen der Pflegeversicherung ☐ Ja ☐ Nein 6. Rente / Pension ☐ Ja ☐ Nein 7. Arbeitslosengeld I (SGB III) ☐ Ja ☐ Nein 8. Arbeitslosengeld II / Sozialgeld (SGB II) ☐ Ja ☐ Nein 9. Sozialhilfe (u.a. staatliche Leistungen) ☐ Ja ☐ Nein 10. Angehörige ☐ Ja ☐ Nein 11. Vermögen ☐ Ja ☐ Nein 12. Sonstiges (z.B. Betteln) ☐ Ja ☐ Nein   Davon Hauptlebensunterhalt (aus 1-12)  *Bitte zutreffende Zahl(en) eintragen* |
| Rechtliche Situation | ☐ Gesetzesverstöße ☐ Strafen ☐ Auflagen  ☐ Schulden ☐ Haftzeiten ☐ Keine |

# (Sucht-)Anamnese

### Entwicklung der Opiatabhängigkeit

Umstände des Einstiegs \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Substanzgebrauch

Welche Substanzen wurden in den letzten 4 Wochen vor Betreuungsbeginn konsumiert?

|  |
| --- |
| ☐ Alkohol |
| Opioide  ☐ Heroin ☐ Methadon ☐ Buprenorphin ☐ Andere Opiathaltige Mittel |
| ☐ Cannabis / Synthetische Cannabinoide |
| Sedativa / Hypnotika  ☐ Barbiturate ☐ Benzodiazepine ☐ Andere Sedativa / Hypnotika |
| Kokain  ☐ Kokain ☐ Crack |
| Stimulantien  ☐ Amphetamine ☐ MDMA + verwandte Substanzen (Ecstasy) ☐ Andere Stimulanzien |
| Halluzinogene  ☐ LSD ☐ Mescalin ☐ Andere Halluzinogene ☐ Tabak  ☐ Flüchtige Lösungsmittel ☐ Andere psychotrope Substanzen |

### Behandlungsversuche

☐ Entzug – Falls ja, wann: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Entwöhnung – Falls ja, wann: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Vorausgehende substitutionsgestützte Behandlung

Falls ja, wann: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Medizinische Befunde

1. **Körperstatus**

Größe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allgemeinzustand: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Einstichstellen Ja ☐ Nein ☐

Abszesse Ja ☐ Nein ☐

### Psychosoziale Beratung

☐ Ja ☐ Nein

Bitte den letzten Nachweis der psychosozialen Beratungsstelle beilegen.

Falls keine aktuelle Bescheinigung vorliegt, ist eine **ausreichende Begründung**

vorzulegen, warum eine PSB nicht erforderlich ist, verweigert wird, oder warum

der Patient nicht teilgenommen hat.

1. **Begleit- und Folgeerkrankungen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ☐ keine  ☐ Lebererkrankungen  ☐ Hepatitis A/B/C  ☐ HIV | ☐ Pneumonie  ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen  ☐ QT-Zeit  ☐ Thrombose  ☐ andere neurologische /  somatische Diagnosen: \_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ☐ Depression  ☐ ADHS  ☐ PTBS  ☐ Persönlichkeitsstörung  ☐ andere psychiatrische Diagnosen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Suizidversuch – falls ja,  wann: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Notwendige Mitbehandlung | ☐ Somatisch | ☐ Psychiatrisch |
| Bestehende Mitbehandlung | ☐ Somatisch | ☐ Psychiatrisch |
| Hinwirkung | ☐ Somatisch | ☐ Psychiatrisch |
| Aktuelle Medikation  (soweit bekannt) | ☐ Somatisch | ☐ Psychiatrisch |

### Laborergebnisse zu Beginn der Substitutionsbehandlung

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| HIV | ☐ nicht erhoben | ☐ erhoben | ☐ auffällig |
| Hepatitis B | ☐ nicht erhoben | ☐ erhoben | ☐ auffällig |
| Hepatitis C | ☐ nicht erhoben | ☐ erhoben | ☐ auffällig |
| Blutbild | ☐ nicht erhoben | ☐ erhoben | ☐ auffällig |
| Nierenwerte | ☐ nicht erhoben | ☐ erhoben | ☐ auffällig |
| Leberwerte | ☐ nicht erhoben | ☐ erhoben | ☐ auffällig |
| Schwangerschaftstest | ☐ nicht erhoben | ☐ erhoben | ☐ positiv |

Sonstige bzw. auffällige Laborergebnisse:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Urinkontrollen innerhalb des ersten halben Jahres ab Beginn der Substitutionsbehandlung

*Bitte füllen Sie nachstehende Tabelle anhand folgender Legende aus:*

**+** für positiven Nachweis **-** für negativen Nachweis **Ø** für nicht getestet

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum | EDDP  (Metha-don) | Opiate | Benzodia-zepine | Ampheta-mine | Buprenor-phin | Canna-bis | Kokain | Andere  \_\_\_\_\_ | Andere  \_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# Individueller Therapieplan

### Einschätzung der Therapieziele im Behandlungsverlauf

**Zeitraum: Prüfquartal sowie die drei zuvor liegenden Quartale (12 Monate)**

*Zutreffendes bitte ankreuzen*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Therapieziel** | **Verbessert** | **verschlechtert** | **unverändert** |
| ☐ Sicherstellung des Überlebens | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Besserung und Stabilisierung des  Gesundheitszustandes | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Einstellung der Dosis | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Sukzessive Dosisreduzierung | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Langsames Ausschleichen aus der  Substitution | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Abstinenz von unerlaubt erworbenen  oder erlangten Opioiden | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Therapieziel** | **Verbessert** | **verschlechtert** | **unverändert** |
| ☐ Entgiftung | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Vorbereitung für Langzeittherapie | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Reduktion des Substanzgebrauches | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Stabilisierung der Beigebrauchsfreiheit | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Stabilisierung des psychischen  Zustandes | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Stabilisierung des physischen  Zustandes | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Soziale Stabilisierung | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Verringerung der durch die  Opioidabhängigkeit bedingten Risiken  während einer Schwangerschaft sowie  während und nach der Geburt. | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐Unterstützung der Behandlung von  Begleiterkrankungen | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Herstellung von Compliance | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Erhaltung des Arbeitsplatzes | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Wiedereingliederung ins Berufsleben | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Besserung der Milieusitutation,  Ausstieg aus der Drogenszene | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Partnerschaft / Familie | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

### Dosierung des Substitutionsmittels

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Anfangsdosis**  **(zu Beginn der Substitution)** | | **Aktuelle Dosis** | |
| **Bezeichnung** | **Tagesdosis**  **in mg** | **Bezeichnung** | **Tagesdosis**  **in mg** |
| ☐ Methadon | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ☐ Methadon | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ☐ L-Polamidon | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ☐ L-Polamidon | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ☐ Buprenorphin | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ☐ Buprenorphin | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ☐ Codein | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ☐ Codein | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ☐ Substitol | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ☐ Substitol | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ☐ Andere, Bezeichnung  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ☐ Andere, Bezeichnung  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Substanzwechsel** ☐Ja, Begründung:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Nein |

|  |
| --- |
| **Dosis im Verlauf**  Sofern die Dosis im Verlauf steigend oder wechselnd ist, bitte begründen:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­ |

### Vergabemodalität des aktuellen Substitutionsmittels

|  |
| --- |
| Die tägliche Einnahme erfolgt unter Aufsicht ☐ ja ☐ nein |
| Regelmäßige Alkoholkontrollen aus AAK[[2]](#footnote-2) vor der Vergabe ☐ ja ☐ nein |
| Auffällige AAK-Werte in den letzten 12 Monaten  ☐ nie ☐ selten ☐ häufig |
| Findet ein Beigebrauch statt? ☐ ja ☐ nein |
| Take-home-Vergabe trotz Beigebrauch  ☐Ja, Begründung:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Nein  Ergriffene Maßnahmen und Konsequenzen zur Einstellung des Beigebrauchs bei  Take-home: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Auszufüllen, falls minderjährige Kinder im Haushalt leben:**  Wurde die Möglichkeit einer Kindeswohlgefährdung in Betracht gezogen?  ☐ ja ☐ nein  Wurde das Jugendamt informiert?  ☐ ja ☐ nein |

### Unangekündigte Verlaufs- und Ergebniskontrollen des Urins im

**Zeitraum: Prüfquartal sowie die drei zuvor liegenden Quartale (12 Monate)**

*Bitte füllen Sie nachstehende Tabelle anhand folgender Legende aus:*

**+** für positiven Nachweis **-** für negativen Nachweis **Ø** für nicht getestet

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum | EDDP  (Metha-don) | Opiate | Benzodia-zepine | Ampheta-mine | Buprenor-phin | Canna-bis | Kokain | Andere  \_\_\_\_\_ | Andere  \_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Kommentar**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Datum Unterschrift des behandelnden Arztes/

der behandelnden Äztin

Name des behandelnden Arztes/

der behandelnden Ärztin

(in Druckbuchstaben)

1. Gemeinsamer Bundesausschuss [↑](#footnote-ref-1)
2. Alkoholatemluftkonzentration [↑](#footnote-ref-2)