**Fall-Nummer**

(wird von der Prüfungsstelle eingetragen)

Arztstempel mit LANR

**Persönlich / Vertraulich**

Prüfungsstelle für die Qualitäts- und

Wirtschaftlichkeitsprüfung

der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA)

Friedrich-Puchta-Str. 27

95444 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**

|  |
| --- |
| **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 nicht einzusetzen (Bsp.: Dr. von **Sc**hwanstein)  5. Stelle: Geschlecht ("F" für weiblich, "M" für männlich)  6. bis 8. Stelle: jeweils letzte Ziffer von Geburtstag, -monat und -jahr (Bsp. 1**6**.0**7**.196**8**).  Bitte für Patientencode Großbuchstaben verwenden (Ausnahme "ß") und Umlaute **Ä, Ö, Ü** ebenso eintragen.) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vorn. | Nachn. | G | Geburts-Ziff. |
|  |  |  |  |

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

Substitutionsgestützte Behandlung

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

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

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

Meldeverpflichtungen an das Substitutionsregister gemäß § 5 b Absatz 2 und 4 BtMVV finden Beachtung: Ja Nein

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

Beendet wegen: stationärem Entzug

ambulantem Entzug

Arztwechsel

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

# Soziodemographische Angaben

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 (z.B. Wohngruppe, Heim) |
| Kinder im eigenen  Haushalt | | ☐ Keine  ☐ Anzahl der Kinder unter 18 Jahren \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Alter der Kinder \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Migration | | Besteht ein Migrationshintergrund? ☐ Ja ☐ Nein |
| Sprachbarriere | Sprachbarrieren vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein |
| Höchster bisher erreichter  Allgemeinbildender  Schulabschluss | | ☐ Derzeit in Schulausbildung  ☐ Ohne Schulabschluss abgegangen  ☐ Sonderschulabschluss  ☐ Hauptschul-/Volksschulabschluss  ☐ Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule  ☐ (Fach-)Hochschulreife / Abitur  ☐ Anderer Schulabschluss |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | Ausbildung/Beruf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *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) |
|  |  |
| Rechtliche Situation | ☐ Gesetzesverstöße ☐ Strafen ☐ Auflagen  ☐ Schulden ☐ Haftzeiten ☐ Keine |

# (Sucht-)Anamnese

### Entwicklung der Opiatabhängigkeit

Einstiegsalter (Opiate): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Umstände des Einstiegs (incl. Angabe der konsumierten Substanzen im zeitlichen Verlauf) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

### Substanzgebrauch

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

|  |
| --- |
| ☐ Alkohol |
| Opioide  ☐ Heroin ☐ Methadon ☐ Buprenorphin  ☐ Andere Opiathaltige Mittel (z.B. Fentanyl):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ☐ 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  ☐ Flüchtige Lösungsmittel |
| Andere Substanzen:  ☐ Tabak  ☐ Andere psychotrope Substanzen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

### Behandlungsversuche

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

☐ Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankung (früher: „Entwöhnung“) – Falls ja, wann: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Vorausgehende substitutionsgestützte Behandlung

Falls ja, wann und durch wen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Medizinische Befunde

1. **Körperstatus**

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

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

Einstichstellen Ja ☐ Nein ☐

Abszesse Ja ☐ Nein ☐

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ Ja ☐ Nein

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 | ☐ Somatisch | ☐ Psychiatrisch |
| Medikamente/Dosierung | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

### Laborergebnisse zu Beginn der Substitutionsbehandlung

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| HIV | ☐ nicht erhoben | ☐ erhoben | ☐ auffällig |
| Hepatitis A | ☐ 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 | Bupren-orphin | Canna-bis | Kokain | Fenta- nyl | Pre-  gabalin | Andere  \_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# Individueller Therapieplan

### Psychosoziale Beratung

Psychosoziale Beratung wurde empfohlen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn nein, weshalb wurde diese nicht empfohlen?

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

Psychosoziale Beratung ist erfolgt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, durch wen ist diese erfolgt?

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

### 2. Einschätzung der Therapieziele im Behandlungsverlauf

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

*Zutreffendes bitte ankreuzen*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Therapieziel** | | **Erfüllt** | **Verbessert** | **Verschlechtert** | **Unverändert** |
| ☐ Sicherstellung des Überlebens | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Stabilisierung und Besserung des  Gesundheitszustandes | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Unterstützung der Behandlung somatischer und psychischer Begleiterkrankungen | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Reduktion riskanter Applikationsformen von Opioiden | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Reduktion des Konsums unerlaubt erworbener oder erlangter Opioide | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Reduktion des Gebrauchs weiterer Suchtmittel | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Abstinenz von unerlaubt erworbenen und erlangten Opioiden | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Verringerung der durch die Opioidabhängigkeit bedingten Risiken für Mutter und Kind während einer Schwangerschaft sowie während und nach der Geburt | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Reduktion der Straffälligkeit | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Teilhabe am Leben in der Gesellschaft | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Teilhabe am Arbeitsleben | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Opioidabstinenz | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|  | ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |

### 3. Dosierung des Substitutionsmittels

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anfangsdosis**  **(zu Beginn der Substitution)** | | **Aktuelle Dosis** | | | | |
| **Bezeichnung** | **Tagesdosis**  **in mg** | **Bezeichnung** | **Tagesdosis**  **in mg** | | | |
| ☐ Methadon | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ☐ Methadon | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| ☐ Levomethadon | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ☐ Levomethadon | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| ☐ Buprenorphin oral | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ☐ Buprenorphin oral | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Bei folgenden Substitutionsmitteln bitte medizinisch begründen, warum dieses Substitut verwendet wurde | | | | | | |
| ☐ Substitol | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ☐ Substitol | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| ☐ Buprenorphin Depot | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ☐ Buprenorphin Depot | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| ☐ Codein/Dihydrocodein | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ☐ Codein/Dihydrocodein | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| ☐ Andere, Bezeichnung  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ☐ Andere, Bezeichnung  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Medizinische Begründung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  |  |  | |
| **Substanzwechsel** ☐Ja, Begründung:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Nein | | | | | | |
| **Dosis im Verlauf**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ☐ stabil | ☐ steigend | ☐ fallend | ☐ wechselnd |   Sofern die Dosis im Verlauf steigend oder wechselnd ist, bitte begründen:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­ | | | | | | |

### 4. Vergabemodalität des aktuellen Substitutionsmittels

|  |
| --- |
| Die tägliche Einnahme erfolgt unter Aufsicht ☐ ja ☐ nein |
| Depotvergabe Buprenorphin ☐ 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 eine Take-Home-Verschreibung statt?  ☐ nein (Bei „nein“ weiter mit Punkt Beigebrauch)  ☐ ja, Mengenangabe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Bitte begründen:  ☐ die Kontinuität der Substitutionsbehandlung des Patienten kann nicht anders  gewährleistet werden, und  ☐ der Verlauf der Behandlung lässt es zu, und  ☐ Risiken der Selbst- oder Fremdgefährdung sind so weit wie möglich ausgeschlossen, und  ☐ die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs werden nicht beeinträchtigt  ☐ die Überlassung des Substitutionsmittels zum unmittelbaren Verbrauch ist nicht mehr erforderlich  ☐ Weiteres: |
| ☐ der/die Patient/-in hat folgende persönliche, berufliche oder medizinische Gründe  glaubhaft gemacht, die eine über 7 Tage hinausgehende Take-Home-Verschreibung erforderlich machen (Nachweis?):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ☐ die Aushändigung der Verschreibung erfolgte im Rahmen der persönlichen Konsultation |
| ☐ Pro Kalenderwoche wurde nicht mehr als eine Verschreibung ausgehändigt. |
| Aufklärung über eine kindersichere Aufbewahrung ist erfolgt  ☐ Nein ☐ Ja, am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Take-Home-Vergabe trotz Beigebrauch  ☐Ja, Begründung:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Nein |
| |  | | --- | | Beigebrauch ☐ Nein ☐ Ja, mit folgender Substanz:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Ergriffene Maßnahmen zur Einstellung des Beigebrauchs:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Auszufüllen, falls minderjährige Kinder im Haushalt leben:**  Wurde die Möglichkeit einer Kindeswohlgefährdung in Betracht gezogen?  ☐ ja ☐ nein  Wurde das Jugendamt informiert?  ☐ ja ☐ nein, bitte begründen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

### 5. 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 | Fentanyl | Prega-balin | Andere  \_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### Laborergebnisse Prüfquartal sowie die drei zuvor liegenden Quartale (12 Monate)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| HIV | ☐ nicht erhoben | ☐ erhoben | ☐ auffällig |
| Hepatitis A | ☐ 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 |

(Aktuelle und auffällige Laborkontrollen bitte in Kopie beilegen)

Sonstige bzw. auffällige Laborergebnisse:

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

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

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

Datum Unterschrift des behandelnden Arztes/

der behandelnden Ärztin

Name des behandelnden Arztes/

der behandelnden Ärztin

(in Druckbuchstaben)

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