

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Abteilung Qualitätssicherung
Regionalzentrum Koblenz
Emil-Schüller-Straße 14-16
56073 Koblenz

FAX: 06131 326-327

Behandlungsvereinbarung

zur **substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger** (Anlage I Nr. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Absatz 1 SGB V)

1. Das Substitutionsmittel wird **nach Absprache mit dem behandelnden Arzt** unter Aufsicht in der Praxis von _____ eingenommen.
2. Bei Abwesenheit des substituierenden Arztes gilt Folgendes:

3. Der Patient ist mit unangekündigten Urinkontrollen unter Aufsicht einverstanden.
4. Der Patient ist vom substituierenden Arzt über die Risiken des Beigebrauchs anderer Drogen belehrt worden.
5. Der Patient wurde darauf hingewiesen, dass bei einer bestehenden Heroinabhängigkeit und entsprechender Substitution mit Ersatzdrogen eine Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen ausgeschlossen ist.
6. Dem Patienten ist bekannt, dass eine gleichzeitige Substitution bei anderen Ärzten/Stellen **nicht** zulässig ist.
7. Dem Patienten ist bekannt, dass die Substitution abgebrochen wird bei:
 - gleichzeitiger Substitution durch einen anderen Arzt, sofern die Mehrfachsubstitution nicht nach § 6 Absatz 3 der oben genannten Richtlinie einvernehmlich eingestellt wird.
 - Nicht bestimmungsgemäßer Verwendung des Substitutionsmittels
 - Ausweitung oder Verfestigung des Gebrauchs von Suchtstoffen neben der Substitution
 - Dauerhafter Nichtteilnahme an gegebenenfalls erforderlichen psychosozialen Betreuungsmaßnahmen
 - Feststellung der Qualitätssicherungskommission, dass die Voraussetzungen des § 3 der oben genannten Richtlinie nicht oder nicht mehr vorliegen
 - Undiszipliniertes und/oder aggressives Verhalten innerhalb der Praxis
 - des Weiteren, wenn

Datum _____ Unterschrift des Patienten _____

Datum _____ **LANR und**
Unterschrift des substituierenden Arztes _____

Arztstempel

Hinweis für die Praxis:

Dieses Formular legen Sie bitte zu Beginn der Behandlung für Ihre Patientenakte an. Es muss als Anlage nur dann an die KV RLP gesandt werden, wenn Dokumentationen zur Qualitätssicherungsprüfung angefordert werden.