

**Dokumentation über die Einleitung und Durchführung einer
substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger gemäß § 8 Abs. 3 der
Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung Anlage I Nr. 2**

Teil A

Hinweis: Bitte füllen Sie Teil A einmalig aus. Teil B ist hingegen jeweils aktualisiert einzureichen.

Personenbezogene Daten

Behandelnder Arzt:	
Name, Vorname:	
Anschrift:	
LANR:	
Anzahl der derzeitigen Substitutionspatienten:	
Ggf. Konsiliararzt: (Name, Vorname)	
Patientenangaben:	
Patientencode:	
Geburtsjahr:	
Opioidabhängigkeit seit:	
Patient seit:	

I. Indikationsstellung

1. Voraussetzung

- a) Opioidabhängigkeit gemäß ICD-10-GM liegt vor
- b) Opioidabhängigkeit in Folge eines Missbrauchs von erlaubt/unerlaubt erworbenen/erlangten Opioiden
- c) Opioidabhängigkeit als unerwünschte Nebenwirkung rechtmäßig verschriebener/erworbener Opiode
- d) Opioidabhängigkeit während/nach einer Schwangerschaft

II. Vorgeschichte

1 . Eigenanamnese:

2 . Sozialanamnese:

III. Drogenanamnese

1. Angaben zum Drogenkonsum

a) Alter beim ersten regelmäßigen Konsum von Suchtstoffen: _____

Welche? _____

b) Alter beim ersten regelmäßigen Konsum von Opioiden: _____

Welche? _____

c) zuletzt bevorzugte Suchtstoffe: _____

d) Welche Suchtstoffe werden z.Z. _____
nebeneinander benutzt? _____

e) Letzte opioidfreie Zeit vor _____
(in Monaten): _____

f) Länge der letzten opioidfreien _____
Zeit (in Monaten): _____

2. Angaben zu Entwöhnungsbehandlungen

a) Anzahl der Entwöhnungsbehandlungen: _____

Teil B

Hinweis: Bitte füllen Sie Teil B jeweils aktuell bezogen auf das im Anschreiben aufgeführte Prüfquartal aus.

IV. Medizinischer Befund

1. Aktualanamnese (sozial, psychisch, physisch):

2. Sonstige regelmäßige Medikamenteneinnahmen:

- Ja, welche? _____
 nein _____

3. Mitbehandlung bei anderen Therapeuten:

4. ggf. vorliegende Suchtbegleit- und/oder Suchtfolgeerkrankungen:

V. Individueller Therapieplan, Verlaufs- und Ergebniskontrolle

1. Festlegung des Therapieziels

a) zeitlich:

b) qualitativ:

2. Substitutionsmittel

- a) Wirkstoff und Präparat: _____
b) Dosierung
(inkl. Verlauf/ Prognose): _____

3. Vergabe

- Sichtvergabe
 Take-home-Vergabe

4. Drogenscreening

Art des Testverfahrens _____
Häufigkeit in den letzten 6 Monaten _____

5. Beigebrauch anderer Suchtstoffe (bitte Laborbefunde des Prüfquartals beifügen)

ja nein

wenn ja, Angabe der Suchtstoffe:

6. ggf. Psychosoziale Betreuung

a) psychosoziale Betreuung:

erfolgt derzeit ja nein, Begründung:
erforderlich ja nein

b) psychiatrische oder psychotherapeutische Maßnahmen

empfohlen ja nein
erfolgt derzeit ja nein

7. Behandlungsvereinbarung mit dem Patienten

liegt vor: ja nein

VI. Prognose

1. Einschätzung der Entwicklung des Patienten (sozial, psychisch, physisch)

2. Behandlungsplan (ggf. Anpassungen aufzeigen)

(Stempel des Arztes)

Datum: _____

Unterschrift des Arztes: _____