

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

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Qualitäts- und Ordnungsmanagement
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg

Bearbeitet von Frau Kálmán:
Telefon: 0391 627 - 7435
E-Mail: Aniko.Kalman@kvs.a.de

1. ALLGEMEINE ANGABEN

Angaben zum behandelnden Arzt

Titel, Vorname, Nachname: PLZ, Ort, Straße: LANR:	Anzahl derzeitiger Substitutionspatienten:
--	---

Angaben zum Substitutionspatienten

Vorname	Nachname	Geschlecht	Geb.-Ziffern
Patientencode:			
Beispielcode für Dr. Hanna von Mühlenstein, geb. am 16.07.1968 = HAMÜF678			
Kostenträger		Alter des Patienten: Jahre	
Beginn der Substitution in Ihrer Praxis: (tt.mm.jjjj)		Beginn der Opioidabhängigkeit: (jjjj)	
Vergabemodus:			
Sichtvergabe/Take-Home, Vergabeturnus Tage SE/TH (z.B. 1/6)			Depotgabe
Anfangsdosierung		Aktuelle Dosierung	
DL-Methadon	mg	DL-Methadon	mg
L-Polamidon	mg	L-Polamidon	mg
Buprenorphin (Subutex)	mg	Buprenorphin (Subutex)	mg
Buprenorphin/Naloxon (Suboxone)	mg	Buprenorphin/Naloxon (Suboxone)	mg
Morphin (Substitol)	mg	Morphin (Substitol)	mg
Depot-Buprenorphin s.c.	mg/ Wo	Depot-Buprenorphin s.c.	mg/ Wo
anderes Substitutions-Medikament:			
	mg		mg

Konsiliarische Betreuung

Unter konsiliarischer Betreuung tätig?:		Ja		Nein	
Wenn ja, Konsiliararzt: Name, Vorname					
Terminangabe der letzten vier Quartale, an denen eine Vorstellung beim Konsiliarius erfolgte:					
Quartal (z.B. Q1/2024)	Datum Terminangabe (tt.mm.jjj)	Quartal (z.B. Q1/2024)	Datum Terminangabe (tt.mm.jjj)		

2. SUCHTANAMNESE UND ANAMNESTISCHE ERFASSUNG

Angaben zum Drogenkonsum und Vorgeschichte

Einstiegsalter:		Jahre	
Angaben zur Suchtanamnese:			
Welche Substanzen wurden konsumiert?			
Alkohol	Amphetamine	Benzodiazepine	Cannabis
Crack	Heroin/ Opiate	LSD	Methamphetamin
Pregabalin	Weitere:		

Aktuelanamnese

z.Z. konsumierte Substanzen: (Beigebrauch)			
Stationäre Langzeittherapien: (Anzahl)		Anzahl stationäre Kriseninterventionen (Entgiftungen):	
Wohnsituation			
alleinlebend	in Partnerschaft	in Familie	im Heim/ Pflegeheim
Anzahl im Haushalt lebende Kinder?: Bei ja, bitte Anzahl und Alter angeben:		Ja	Nein
Besteht eine Schwangerschaft?:		Ja	Nein
Aktuelle Art der Beschäftigung			
arbeitslos	gelegentlich	berufstätig	berentet

Psychosoziale Situation/ Probleme

Ist eine psychosoziale Betreuung indiziert?:
Bitte Begründung:

Ja

Nein

Die psychosoziale Beratung wird durchgeführt von

Beratungsstelle:

Soziale Fachkraft der Praxis:

Aktueller Gesundheitszustand

Allgemeinzustand:

Somatische Störungen:

Psychische Störungen:

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Behandlungen:

3. INDIVIDUELLER THERAPIEPLAN, VERLAUFS- UND ERGEBNISKONTROLLE

Therapieziele

Bitte kreuzen Sie die wichtigsten patientenindividuellen Aspekte in der Zielbetrachtung an.

Sicherstellung des Überlebens

Unterstützung der Behandlung somatischer und psychischer Begleiterkrankungen

Reduktion des Konsums unerlaubt erworbener oder erlangter Opioide

Abstinenz von unerlaubt erworbenen und erlangten Opioiden

Verringerung der durch die Opioidabhängigkeit bedingten Risiken für Mutter und Kind während einer Schwangerschaft so-wie während u. nach der Geburt

Sonstige:

Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes

Reduktion riskanter Applikationsformen von Opioiden

Reduktion des Gebrauchs weiterer Suchtmittel

Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Patientenpseudonym:

Drogenscreenings der letzten sechs Monate*

Datum (tt.mm.jjjj)						
+ positiv - negativ 0 nicht durchgeführt	Ergebnis	Ergebnis	Ergebnis	Ergebnis	Ergebnis	Ergebnis
Alk. Atemtest/ Alk. Marker						
Amphetamine/ Methamphetamin						
Benzodiazepine/ Pregabalin						
Kokain/ Crack						
Methadon/EDDP						
Heroin/ Opiate						
THC						
Buprenorphin						
andere Substanzen:						

* Ein beigegefügter Laborbericht ist ersatzweise möglich.

Bewertung des Therapieverlaufs

Bewertung			
a) körperlicher Zustand	unverändert	verbessert	verschlechtert
b) psychischer Zustand	unverändert	verbessert	verschlechtert
b) soziale Situation	unverändert	verbessert	verschlechtert
Dosis im Verlauf			
stabil	steigend	fallend	wechselnd
Kommentar zum Behandlungskonzept/ Prognose:			

Die vorstehenden Angaben wurden von mir als Arzt auf Vollständigkeit und Richtigkeit geprüft.
Dieses Dokument wurde digital erstellt und ist auch ohne Unterschrift gültig.