

Anhang VI**BEHANDLUNGSVERTRAG SUBSTITUTION**

Name des Patienten/der Patientin

Geburtsdatum

Anschrift

Hiermit nehme ich die folgenden Bedingungen für meine Substitutionsbehandlung zur Kenntnis und erkläre mich bereit, diese einzuhalten.

1. Art der Substitutionsbehandlung: Dauer-, Reduktions-, Überbrückungsbehandlung.

2. Ich erhalte mittels Substitutions-Dauerverschreibung meine tägliche Dosis in der Höhe vonmg des Substitutionsmittels in der Apotheke oder an der Abgabestelle, wo ich es unter Sicht oral einnehme.

Verlorene Rationen werden, außer in medizinisch begründeten Fällen, **n i c h t** ersetzt: Ich wurde darüber aufgeklärt, dass das Substitutionsmittel Abhängigkeit verursacht und dass beim Absetzen Entzugssymptome auftreten.

3. Ich werde mich den angeordneten Harnkontrollen unterziehen (Harnabgabe unter Sicht) und nehme zur Kenntnis, dass ein Beigebrauch anderer Substanzen, die die Substitutionsbehandlung oder meinen Gesundheitszustand gefährden, zum Ausschluss aus der Substitutionsbehandlung führen kann. Zum Abbruch der Substitutionsbehandlung kann ferner führen:

3.1. die Weitergabe oder i.v.-Anwendung des Substitutionsmittels,

3.2. widerrechtlicher Handel mit Suchtgiften oder suchtmittelhaltigen Arzneimitteln,

3.3. missbräuchliche Verwendung von Rezepten,

3.4. unentschuldigtes Fernbleiben zu den vereinbarten Terminen beim Arzt oder bei der Ärztin bzw. beim Betreuer oder der Betreuerin,

3.5. Gewaltausübung bzw. -androhung.

4. Ich wurde darüber informiert, dass die Weitergabe des Substitutionsmittels nach dem Suchtmittelgesetz gerichtlich strafbar ist.

5. Ich verpflichte mich, mich den notwendigen medizinischen Untersuchungen und Behandlungen zu unterziehen und erforderlichenfalls regelmäßig an den mit der Beratungsstelle vereinbarten Einzel- und/oder Gruppensitzungen aktiv teilzunehmen.

6. Ich bestätige, dass ich über die mit der Substitutionstherapie verbundenen Risiken, insbesondere im Hinblick auf die Gefährdung, die durch eine zusätzliche Einnahme von Drogen, Medikamenten und/oder Alkohol für mich bzw. durch illegale Weitergabe des Substitutionsmittels für Dritte entstehen kann, informiert wurde.

7. Ich wurde davon in Kenntnis gesetzt, dass der Beginn und die Beendigung meiner Substitutionsbehandlung der Bezirksverwaltungsbehörde (Amtsarzt/Amtsärztin) gemeldet werden. Meine Behandlung wird ferner dem Amtsarzt/der Amtsärztin im Wege der Vidierung der Dauerverschreibung oder Vorlage der Einzelverschreibung bekannt gegeben. Weiters wird die Einstellung auf das Substitutionsmittel, der Beginn und die Beendigung der Behandlung zur Registrierung dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen gemeldet. Es ist ein Ausschlussgrund für die Behandlung, wenn ich bereits von einem anderen Arzt substituiert werde. Mehrfachsubstitution ist über das im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen geführte Substitutionsregister zu erkennen.

8. Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass mir nach Maßgabe der einschlägigen Bestimmungen der Suchtgiftverordnung nur in besonders begründeten Ausnahmefällen mehrere Tagesdosen ausgefolgt werden dürfen und dass ich mit nach Hause genommene Substitutionsmittel für Kinder unerreikbaar aufzubewahren habe.

9. Ich nehme zur Kenntnis und bin einverstanden, dass ich den/die behandelnde/n Arzt/Ärztin im Interesse der notwendigen Gesamtkoordination der Behandlung von der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht gegenüber allen anderen in die Substitutionsbehandlung eingebundenen Stellen, die im Rahmen der Behandlung gesundheitsbezogene Maßnahmen (§ 11 Abs. 2 Suchtmittelgesetz) durchführen, entbinde.

Zusätzliche Vereinbarungen:

Ort:

Datum:

Unterschrift des Patienten/der Patientin:

Unterschrift des Arztes/der Ärztin:

