

AUFKLÄRUNG UND EINWILLIGUNG ZUR SUBSTITUTION (auch als Erneuerung)

Pat.-Nachname

Vorname

Geb.-Datum

Vor Beginn bzw. während der Substitutionsbehandlung wurde ich aufgeklärt, dass das gewählte Substitutionsmittel mögliche Neben- und Wechselwirkungen haben kann, dass eine Einschränkung des Reaktionsvermögens besteht und somit in der Regel keine Fahreignung besteht.

Mir selbst obliegt die Organisation der täglichen Abgabe sowie an Wochenenden, Feiertagen und in Urlaubszeiten. Mir ist bekannt, dass grundsätzlich die Einnahme unter Sicht erfolgt (§ 5 Absatz 7 BtMVV). Eine Verschreibung zur eigenverantwortlichen Einnahme („take home“) ist nur in Ausnahmefällen vorgesehen (§ 5 Absatz 8 Satz 1 Nummer 2 BtMVV). Es werden regelmäßig Kontrollen auf den Konsum weiterer Substanzen einschließlich Alkohol, z. B. mit Hilfe geeigneter Drogenscreenings und Atemalkoholtests durchgeführt werden. Die Kriterien für die Beendigung bzw. einen Abbruch der Behandlung zum einen und die Voraussetzungen für eine Verschreibung zur eigenverantwortlichen Einnahme (Take-home-Verschreibung) sind mir bekannt.

Insbesondere für die Take-home Verschreibung wurde ich über den bestimmungsgemäßen Gebrauch des Substitutionsmittels sowie über dessen Wirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen psychoaktiven Substanzen, über die Risiken einer eigenmächtigen Dosisänderung, über das Verbot der Überlassung des Substitutionsmittels an Dritte, und über die Gefahren, die von dem Substitutionsmittel für andere Personen ausgehen können, besonders die Gefahr für Kinder und opioidnaive Personen einschließlich einer (kinder-)sicheren Lagerung des Substitutionsmittels (sicherer, für Kinder nicht erreichbarer Aufbewahrungsort; Sicherheitsverschluss des Behältnisses; Aufbewahrung in Einzeldosen mit eindeutiger Beschriftung), aufgeklärt.

Datum

Unterschrift Patient/in

