

## Information für SubstitutionspatientInnen

### Liebe Patientin, lieber Patient !

Ich will Ihnen gerne helfen, mit Hilfe des Substitutionsprogramms wieder Boden unter den Füßen zu bekommen. Dazu gebe ich Ihnen ein paar Informationen. Da ich Sie in meinen Ordinationsalltag integriere, erwarte ich, dass Sie sich **perfekt an meine Regeln und Richtlinien** halten. Wenn das so ist, werden wir gut miteinander auskommen. Ich bin recht langmütig, aber bitte reizen Sie mich nicht. Ich erwarte von Ihnen eine höfliche Umgangform, **auch mit meinen Mitarbeitern**, selbst wenn wir einmal nicht alle Ihre Wünsche erfüllen können oder wollen. Auch Sie sind mitverantwortlich dafür, dass ich mit Ihren „Kollegen“ dieses Programm weiter durchführe und nicht frustriert oder sauer werde.

#### Regeln in der Ordination:

Voraussetzung für die 1.Konsultation: funktionierende E-Card oder Ersatzkrankenschein vom AMS, Krankenschein (MA 12), oder Einsatz. (ohne gibt es nix!) Wenn möglich: Lichtbildausweis (Paß, etc), Kopie des letzten Rezepts, Befunde von Spitalsaufenthalten, Entzügen, Langzeittherapien, Laborbefunde mitbringen, Gebührenbefreiung gilt nur, wenn schriftlich nachgewiesen (ausser MA 40) Spätestens 1 Stunde vor Ende der Ordinationszeit kommen, Rechnen Sie damit eine Harnprobe abgeben zu müssen.

#### Amtsarzt:

Für den ersten Kontakt mit dem Amtsarzt: **Meldezettel und Personalausweis** mitnehmen, Rezeptdauer 28 (Subutex) oder 30 Tage (Subitol, Compensan) oder 1 Monat (Methadon), Enddatum in Ihren Kalender schreiben. Bitte rechtzeitig kommen, bevor das Rezept ausläuft. Einzelrezepte fürs Wochenende gibt es nur unter Protest!! Freitag nachmittag ist der Amtsarzt nicht mehr anwesend.

#### Mitgabe:

Sehr restriktiv nach dem neuen Gesetz, Ausnahme von der täglichen Einnahme in der Apotheke nur bei Methadon, Subutex und Suboxone, Berufstätigkeit oder AMS-Kurs. Ausnahmen sind fast unmöglich! Nichts ist selbstverständlich! Durch die neue Substitutionsverordnung sind die Regeln wirklich sehr streng geworden.

#### Apotheke:

Benehmen sie sich auch in der Apotheke extrem nett! Die Apotheken sind schon recht überlastet und suchen sich die PatientInnen aus.

#### Erwünschtes Verhalten in der Ordination

Bitte nicht vor dem Haus oder im Haus rauchen.

Bitte keine Lärmentwicklung im Haus oder vor dem Haus.

Bitte sauber und vernünftig angezogen kommen.

**Bitte keine Diskussionen übers „Gift“ mit ihren „Kollegen“ vor oder in der Ordination !!! Keine Handygespräche !**

Bitte nicht im Wartezimmer einschlafen, nicht essen und keine alkoholischen Getränke ! (Bier, Alcopops)

Bitte, vor dem Besuch bei mir keine „Langsamen“, keinen Alkohol trinken und auch keine Zigaretten rauchen! (Geruchsbelästigung anderer Patienten)

Während der Wartezeit nicht rein- und rauspendeln !

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus. Er ist **vertraulich** und nur für mich gedacht. Manchmal ist es nicht möglich, beim ersten Besuch alle Fragen zu stellen und Sie helfen mir so, einen besseren Überblick zu bekommen !

Vielen Dank, Dr. Christian Husek

## Erstbesuch: Fragebogen / Checkliste

Name:

geb. am:

---

Warum kommen Sie zu mir /Behandlungsziel ? :

empfohlen von ?:

Beginn illegale Drogen in welchem Alter ?:

Welche Substanzen ?:

Wie: 0 geschossen      0 gesniff      0 geraucht      0 geschluckt

Schule abgeschlossen: 0 nein      0 ja      welche ?

Berufsausbildung: 0 nein      0 ja      welcher Beruf ?

Arbeit derzeit: 0 AMS      0 Kurs      0 Firma ?, beschäftigt als ?

Substitutionstherapie: 0 noch nie      0 ja: seit wann, womit, von welchen Ärzten ?

Beikonsum: 0 Benzos      0 Kokain      0 Cannabis      0 andere

Entzugs-Aufenthalte: 0 nein      0 ja      wo, wie oft ?

Alkohol ein Problem? 0 nein      0 ja      seit wann ?

Nikotin/ Zigaretten: 0 nein      0 ja      wieviele ?

Hepatitis C: 0 nein      0 weiß nicht      0 ja      seit wann ?

HIV 0 nein      0 weiß nicht      0 ja      seit wann ?

Andere Erkrankungen, die ich wissen sollte ?

Haftaufenthalte 0 nein      0 ja: wann, wie lange, Grund ?

Noch was offen: 0 nein      0 ja: wieviel, bis wann ?

Unterkunft: 0 keine      0 bei Freunden      0 eigene Wohnung

Familie: 0 nein      0 ja, unterstützt      0 ja, aber kein Kontakt

Kinder: 0 nein      0 ja      0 ja, aber kein Kontakt

Frauen: schwanger ? 0 nein (Verhütungsmittel ?) 0 ja

Führerschein 0 nein      0 ja      0 früher gehabt, entzogen seit

**SIE KÖNNEN AUCH GERNE MEHR SCHREIBEN UND DIE RÜCKSEITE FÜR KOMMENTARE UND BEMERKUNGEN VERWENDEN.**

**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 von .....mg 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:

Anhang VIII

An die  
zuständige Bezirksverwaltungsbehörde  
als Gesundheitsbehörde

**Meldung an das bundesweite Substitutionsregister  
gemäß § 8a Abs. 1 des Suchtmittelgesetzes**

Patient/Patientin: .....  
(allf. akad. Grad, Vor- und Familienname in Blockbuchstaben)

Geschlecht: W:  M:  Geburtsdatum: .....  
(Tag/Monat/Jahr)

Geburtsort: ..... Staatsbürgerschaft: .....

Meldeadresse: .....  
(Postleitzahl, Ort, Straße/Gasse etc., Hausnummer/Stock/Stiege/Tür)

Beginn der Substitutionsbehandlung\* .....

Substitutionsmittel .....  
(anzugeben in allen Fällen, in denen die Verordnung/Abgabe nicht im Wege einer Substitutions-Dauerverschreibung erfolgt)

Ende der Substitutionsbehandlung\* .....  
(Tag/Monat/Jahr)

\* Die Meldepflicht betrifft jede Behandlungssequenz (d.i. die Behandlungsdauer beim/bei der betreffenden niedergelassenen Arzt/Ärztin bzw. in der betreffenden Ordinationsgemeinschaft, Krankenanstalt, Drogenhilfeeinrichtung).

Die Meldung des Behandlungsbeginns ist daher nicht nur vom ersteinstellenden Arzt bzw. von der ersteinstellenden Ärztin zu erstatten, sondern im Falle jedes Arzt- bzw. Einrichtungswechsels auch von dem Arzt bzw. der Ärztin, der/die die Behandlung weiterführt.

Die Meldepflicht hinsichtlich des Behandlungsendes besteht, soweit der jeweilige Arzt bzw. die jeweilige Ärztin bzw. die jeweilige Einrichtung, bei der sich der/die Patient/in in Behandlung begeben hat, Kenntnis von Beendigung der betreffenden Behandlungssequenz hat (z.B. planmäßiges Behandlungsende, zwischen Patient/in und Arzt/Ärztin besprochener Arztwechsel, bekannt gewordener Tod des/der Patient/in etc.)

**Behandelnder/behandelnde Arzt/Ärztin:**

.....  
(akad. Grad, Vor und Familienname in Blockbuchstaben)

.....  
Anschrift der Ordination bzw. Bezeichnung und Anschrift der Krankenanstalt oder sonstigen Einrichtung

Datum: .....  
(Tag/Monat/Jahr)