

Ambassadorshof
4509 Solothurn
Telefon 032 627 93 71
Telefax 032 627 93 50
gesundheit.substitution@sec.spital.so.ch

Antrag, Bewilligung und Einstellung einer Substitutionsbehandlung

Patient/Patientin

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m w
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Verschreibende Stelle

Arzt/Aerztin / Apotheke: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Fax: _____

Abgabestelle identisch mit verschreibender Stelle
 Apotheke Spital Strafanstalt / UG therap. Institution

Name: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Fax: _____

Substitution Erstabgabe: _____ befristet bis: _____
 Methadon _____ mg/d Verabreichung: 1% Stammloesung Methadon verdueinnt auf mind. 20ml.
 Buprenorphin _____ mg/d Morphin _____ mg/d Andere: _____

Bemerkungen: _____

Datum: _____ Unterschrift / Stempel: _____

Die Behandlung Betäubungsmittelabhängiger ist gemäss den Richtlinien des BAG „Substitutionsgestützte Behandlungen bei Opioidabhängigkeit“ und der Schweiz. Gesellschaft für Suchtmedizin durchzuführen.

Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln haben unter Beachtung der anerkannten Regeln der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft zu erfolgen (Eidgen. Heilmittelgesetz Art. 26, Absatz 1).

Art. 1 des Eidgen. Betäubungsmittelgesetzes stellt abhängigkeiterzeugende psychotrope Stoffe den Betäubungsmitteln gleich. Darunter fallen zentral dämpfende Stoffe vom Wirkungstyp der Babilurate und Benzodiazepine sowie zentrale Stimulantien vom Wirkungstyp des Amphetamins. Die Abgabe dieser Substanzen ist einer Bewilligungspflicht unterstellt. Während wir langwirkende Benzodiazepine wie Valium® bewilligen können (laut Empfehlungen der Schweiz. Gesellschaft für Suchtmedizin, die wir als „anerkannte Regeln“ im Sinne des Gesetzes betrachten), gestatten wir die Abgabe/Verschreibung von Benzodiazepinen und anderen Substanzgruppen mit kurzer Halbwertszeit (z.B. Dormicum®, Rohypnol®) nur auf eine befürwortende Stellungnahme der PDKS hin.

Bewilligung

Gestuetzt auf Art. 15a Abs. 5 des Betaeubungsmittelgesetzes wird die beantragte Behandlung

- bewilligt bis auf Widerruf
 befristet bewilligt bis: _____
 bewilligt mit Auflage*
 nicht bewilligt, Grund*

* _____

Datum: _____

Unterschrift Kantonsarzt:
Dr. med. Christian Lanz

Einstellung der Behandlung

Datum: _____ Grund: _____

Kopie: