

Vertrag zur Substitutionsbehandlung und psychosozialen Begleitung

zwischen Frau/Herrn.....geb. am.....
Patient/Patientin

wohnhaft in.....
Anschrift

der/dem behandelnden Ärztin/Arzt

und der Fachstelle Sucht Calw

- ▶ Abwird der Patient/die Patientin vom behandelnden Arzt / von der behandelnden Ärztin mit substituiert.
Substitutionsmittel

Die psychosoziale Begleitung während der Behandlung übernimmt die Fachstelle Sucht, Calw.

- ▶ Wesentlicher Bestandteil der Substitutionsbehandlung ist die Kooperation zwischen Ärztin/Arzt, Fachstelle Sucht und Patient / Patientin. Für die Zeit der Substitution entbindet der Patient/ die Patientin die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt und die Fachstelle Sucht gegenseitig von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht. Dies gilt für die Dauer der Substitutionsbehandlung.
- ▶ Die Teilnahme an den Gruppengesprächen im Rahmen der psychosozialen Begleitung ist verbindlich. Sofern weitere Einzelgespräche vereinbart wurden, sind auch diese verbindlich wahrzunehmen.
- ▶ Das Substitutionsmittel wird täglich wie folgt eingenommen:

.....
An Wochenenden und Feiertagen gilt folgende Regelung:

- ▶ Der Patient/die Patientin ist mit unangekündigten Urinkontrollen einverstanden.
- ▶ Die Substitutionsbehandlung ist bis..... begrenzt.
Datum

Kurz vor Ablauf wird in einem gemeinsamen Gespräch über die Fortsetzung entschieden.

- ▶ Die Substitution wird abgebrochen bei regelmäßigem Beigebrauch von Drogen und bei offensichtlichen Abweichen von den Regeln des Behandlungsvertrages, vor allem auch dann, wenn die psychosoziale Begleitung in der Beratungsstelle nicht wahrgenommen wird. Die Kündigung des Vertrages bedarf der schriftlichen Form. Sie bedeutet nicht gleichzeitig den Abbruch der Kontakte zur Beratungsstelle.
- ▶ Ziele der Substitution / Ziele der psychosozialen Begleitung / Zusätzliche Vereinbarungen:
(Falls der Vertrag zeitlich un begrenzt abgeschlossen wurde, werden spätestens nach einem Jahr die vereinbarten Ziele überprüft. Der/die Patient/in ist dafür verantwortlich, dies mit dem/der Drogenberater/in zu besprechen.)

.....

.....

....., den

.....
Patient / Patientin

.....
Ärztin/Arzt
(Stempel/Unterschrift)

.....
Drogenberater / Drogenberaterin
(Stempel/Unterschrift)