

## Vertrag zur Teilnahme am Opioid-Substitutionsprogramm

### Personalien

Name	_____		Vorname	_____
Geburtsdatum	____	____	____	____
Strasse	_____			Nummer
	_____			_____
Postleitzahl	_____	Wohnort	_____	
	_____		_____	

Ich nehme ab dem \_\_\_\_ am Substitutionsprogramm in der \_\_\_\_\_ teil und erkläre mich mit folgenden Bedingungen einverstanden:

- Ich nehme regulär am Programm teil. Die Richtlinien des Programms entnehme ich den folgenden mir abgegebenen Informationsblättern. Ich habe sie sorgfältig durchgelesen:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

- Mindestens einmal pro Woche muss ich die abgegebene Substanz (Methadon, Buprenorphin oder andere Opioide) unter Sicht in der Abgabestelle konsumieren.
- Ich verpflichte mich zur Einhaltung der beiliegenden Hausordnung.

- Ich weiss, dass Methadon oder Buprenorphin Medikamente sind, die zur tödlichen Vergiftung führen können, wenn sie irrtümlicherweise von Kindern oder Erwachsenen eingenommen werden, die nicht daran gewöhnt sind. Deshalb garantiere ich mit meiner Unterschrift, dass ich die Medikamente sorgfältig handhaben und sicher aufbewahren werde. Falls trotzdem eine unbefugte Person mein Medikament eingenommen hat, bringe ich diese Person sofort auf die Notfallstation des Universitätsspitals oder ich suche umgehend über eine der folgenden Telefonnummern Hilfe:

<b>Ärztentrufzentrale</b>	<b>Tel. 061 261 15 15</b>
<b>Notfallruf Schweiz</b>	<b>Tel. 144</b>
<b>Universitäts-Kinderspital beider Basel</b>	<b>Tel. 061 685 65 65</b>
<b>Notfallstation Universitätsspital</b>	<b>Tel. 061 265 40 30</b>

Bei Widerhandlungen gegen diese Vereinbarung ist mit rechtlichen Folgen zu rechnen.

Das flüssige Methadon, das mir in **kindersicheren Behältern** abgegeben wird bzw. die Methadon-Tabletten und die Buprenorphin-Tabletten, muss ich deshalb immer für Kinder und unbefugte Erwachsene **unerreichbar aufbewahren**.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, den obigen Text gelesen zu haben und mit den darin enthaltenen Bedingungen vollumfänglich einverstanden zu sein.

Bei Fragen kann ich mich an die zuständige Bezugsperson des Substitutionsprogrammes wenden.

**Patient**

Name

Vorname

Ort

Datum

Unterschrift Patient/in

 **X**

**Arzt Indikations-  
stelle**

Name

Vorname

Ort

Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin der Indikationsstelle

 **X**

**Weiterbetreuender  
Arzt**

Name

Vorname

Ort

Datum

Unterschrift weiterbetreuende/r Ärztin/Arzt

 **X**