



## Gesuch<sup>1</sup> um Patientenbewilligung zur diacetylmorphingestützten Behandlung

(Art. 3e BetmG<sup>2</sup>) (bitte ausschliesslich an [hegebe@hin.ch](mailto:hegebe@hin.ch) einreichen)

<input type="checkbox"/> <b>Erstmaliges Gesuch</b>	<input type="checkbox"/> <b>Erneuerungsgesuch</b>
<p>Die Aufnahmekriterien gemäss Art. 10 BetmSV<sup>3</sup> sind erfüllt: die Patientin oder der Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. ist mindestens 18 Jahre alt;</li> <li>b. ist seit mindestens zwei Jahren schwer heroïnabhängig;</li> <li>c. hat mindestens zwei Behandlungsversuche mit einer anderen anerkannten ambulanten oder stationären Therapie abgebrochen oder erfolglos absolviert und</li> <li>d. weist Defizite im psychischen, körperlichen oder sozialen Bereich auf.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Laufende substituionsgestützte Behandlung:</p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, abgemeldet per .....</p>	<p>Die Voraussetzungen für eine Erneuerung der Bewilligung gemäss Art. 21 Abs. 3 BetmSV sind weiterhin erfüllt:</p> <p><input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p>
<input type="checkbox"/> Falls eine oder mehrere der oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt ist/sind und dennoch um eine Bewilligung ersucht wird, bitte Zusatzindikation auf separatem Blatt ausführen (vgl. Art. 10 Abs. 2 BetmSV).	
<p>Der gesuchstellende Arzt/die gesuchstellende Ärztin verfügt für die Dauer der Patientenbewilligung über eine gültige Arztbewilligung gemäss Art. 18 BetmSV.</p>	
<p>Das Behandlungszentrum verfügt für die Dauer der Patientenbewilligung über eine gültige Institutionsbewilligung nach Art. 16 BetmSV.</p>	

### Angaben für die Bewilligungserteilung (Art. 3e Abs. 3 BetmG, Art. 10ff., insb. 21 BetmSV)

Name und Vorname des Patienten/der Patientin .....

Geburtsdatum des Patienten/der Patientin .....  männlich       weiblich

<sup>1</sup> Für das Ausfüllen des Gesuchsformulars sowie das Vorgehen bei einer Erneuerung wird auf die Richtlinien des HeGeBe-Handbuches vom 10.11.2015 verwiesen.

<sup>2</sup> Betäubungsmittelgesetz (SR 812.121)

<sup>3</sup> Betäubungsmittelsuchtverordnung (SR 812.121.6)

Heimatort des Patienten/der Patientin .....

Wohnadresse des Patienten/der Patientin .....

Behandlungszentrum .....

Vorgesehene Behandlungsdauer (max. 5 Jahre) von ..... bis .....

**Die medizinische Leitung  
des Behandlungszentrums:**

**Der Kantonsarzt/Die Kantonsärztin:**  
(nur beim erstmaligen Gesuch)

Datum .....

Datum .....

Stempel und Unterschrift der  
medizinischen Leitung des Behandlungszentrums:

Stempel und Unterschrift  
des Kantonsarztes/der Kantonsärztin

-► Mit der Unterschrift wird die Richtigkeit der oben gemachten Angaben bestätigt.

- Falls eine Bewilligung erteilt wird, ist der unten stehende Teil dieses Formulars im Falle des Behandlungsendes oder eines Übertritts zur Meldung an das BAG zu verwenden.

- Bitte melden Sie den Behandlungsabschluss an **Sucht Schweiz** mit dem Austrittsfragebogen.

<p><b>Behandlungsabschluss Das Behandlungszentrum</b></p> <p>.....</p> <p><b>Datum</b> .....</p> <p><b>Stempel und Unterschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin</b></p>
--

<p><b>Behandlungsübertritt Neues Behandlungszentrum</b></p> <p>.....</p> <p><b>Datum</b> .....</p> <p><b>Stempel und Unterschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin</b></p>
--