Meldung einer Delegation im Rahmen einer diacetylmorphingestützten Behandlung (Art. 14*a* BetmSV)[1]

(bitte ausschliesslich an hegebe@hin.ch einreichen)

Angaben zur Meldung einer Delegation der Mit- und/oder Abgabe von Diacetylmorphin an eine geeignete externe Institution (Art. 3e Abs. 3 BetmG, Art. 10ff., 14a BetmSV)

Name und Vorname des Patienten/der Patientin:.....……
Geburtsdatum:.....
Wohnadresse:……..

Im Besitz einer Patientenbewilligung nach Artikel 21 BetmSV, gültig bis zum:.....

Behandelnde Institution (Name und Adresse): …….

Name und Vorname des/der verantwortlichen verschreibenden Arztes/Ärztin:……..

Geeignete externe Institution (Name und Adresse):……..

vertreten durch die verantwortliche Person:.....

E-Mail:……. ..... Tel.:……..……

Die behandelnde Institution meldet die Delegation der Mit- und/oder Abgabe von Diacetylmorphin an diese geeignete externe Institution für den/die oben genannte/n Patienten/Patientin wie folgt (Datum des Beginns, Gründe, delegierte Aufgaben, Kontrollmodus, Besuch der behandelnden Institution usw.) (Art. 14a BetmSV):
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……..
Bedingungen:

- Der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin verfügt über eine Arztbewilligung nach Artikel 18 BetmSV, die für die Dauer der Patientenbewilligung gültig ist.
  ☐ ja ☐ nein

- Die behandelnde Institution verfügt über eine Institutionsbewilligung nach Artikel 16 BetmSV, die für die Dauer der Patientenbewilligung gültig ist.

[1] Betäubungsmittelsuchtverordnung (SR 812.121.6)

☐ ja ☐ nein

- Die externe Institution hat der Delegation zugestimmt.

☐ ja ☐ nein

- Der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin hat sichergestellt, dass die externe Institution:
  - ○ folgende angemessene Informationen und Anleitungen von der behandelnden Institution erhalten hat:
    ……
    ……
    ……
    ……
    ……
    ……
    ……
  - ○ über Personal verfügt, das wie folgt ausreichend geschult wurde:
    ……
    ……
    ……
    ……
    ……
    ……
    ……
    und über die folgenden geeigneten Räumlichkeiten und Infrastrukturen verfügt:
    ……
    ……
    ……
    ……
    ……
    ……
    ……

- Der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin hat die Kantonsapotheke und das Kantonsarztamt über diese Delegation informiert:
  ……
  ……
  ……

Behandelnde/r Arzt/Ärztin der behandelnden Institution:	**Verantwortliche Person der externen Institution: Name/Vorname (in Druckbuchstaben):**
……	……
Datum: ..... Stempel und Unterschrift:	**Datum**: ..... Stempel und Unterschrift:
……	……..
→ Mit der Unterschrift wird die Richtigkeit der oben gemachten Angaben bestätigt.	