



Meldung einer Delegation im Rahmen einer diacetyl-morphingestützten Behandlung (Art. 14a BetmSV)¹

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)



Patient / Patientin

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Wohnadresse:

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



Behandelnde Institution

Name:

Adresse:

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

Geeignete externe Institution
(Name und Adresse):

vertreten durch die verantwortliche Person:

E-Mail:

Tel.:

¹ Betäubungsmittelsuchtverordnung (SR 812.121.6)



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.

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:



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin hat sichergestellt, dass die externe Institution über Personal verfügt, das wie folgt ausreichend geschult wurde:

Der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin hat sichergestellt, dass die externe Institution 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:**

Name

Datum

Stempel / Unterschrift

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

**Verantwortliche Person
der externen Institution:**
Name/Vorname (in Druckbuchstaben)

Name

Datum

Stempel / Unterschrift

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