



# Gesuch um eine Patientenbewilligung zur diacetylmorphingestützten Behandlung (Art. 3e Abs. 3 BetmG<sup>1</sup> und Art. 21 BetmSV<sup>2</sup>)

## Erstmaliges Gesuch

Die Aufnahmekriterien gemäss Art. 10 Abs. 1 BetmSV sind erfüllt:

der Patient/die Patientin

- ist mindestens 18 Jahre alt;
- ist seit mindestens zwei Jahren schwer heroinabhängig;
- hat mindestens zwei Behandlungsversuche mit einer anderen anerkannten ambulanten oder stationären Therapie abgebrochen oder erfolglos absolviert; und
- weist Defizite im psychischen, körperlichen oder sozialen Bereich auf.

Ja

Nein

Laufende substitutionsgestützte Behandlung:

abgemeldet per:

Ja

Nein

## Erneuerungsgesuch

Die Voraussetzungen für eine Erneuerung der Bewilligung gemäss Art. 21 Abs. 3 i.V.m. Art. 21 Abs. 1 BetmSV sind weiterhin erfüllt:

Ja

Nein



<sup>1</sup> Betäubungsmittelgesetz (SR 812.121)

<sup>2</sup> Betäubungsmittelsuchverordnung (SR 812.121.6)

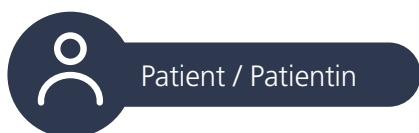


Falls eine oder mehrere der oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt ist/sind und dennoch um eine Bewilligung ersucht wird, bitte Zusatzindikation auf separatem Blatt ausführen, insbesondere inwiefern es sich um einen begründeten Ausnahmefall handelt (vgl. Art. 10 Abs. 2 BetmSV).

Der gesuchstellende Arzt/die gesuchstellende Ärztin verfügt für die Dauer der Patientenbewilligung über eine gültige Arztbewilligung gemäss Art. 18 BetmSV.

Die behandelnde Institution verfügt für die Dauer der Patientenbewilligung über eine gültige Institutionsbewilligung nach Art. 16 BetmSV.

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



Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

männlich

weiblich

Heimatort:

Wohnadresse:



Name und Adresse des behandelnden  
Arztes oder der behandelnden Ärztin:

Behandelnde Institution:

Vorgesehene Behandlungsdauer  
(max. 5 Jahre) von:

bis



### Behandelnde/r Arzt/Ärztin der behandelnden Institution:

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Datum

**Stempel / Unterschrift der medizinischen Leitung  
der behandelnden Institution:**

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

### Der Kantonsarzt/Die Kantonsärztin: (Nur bei erstmaligem Gesuch)

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Datum

**Stempel / Unterschrift  
des Kantonsarztes/der Kantonsärztin:**

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

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

Der Behandlungsabschluss ist mit dem Austrittsfragebogen an **Sucht Schweiz** zu melden (Florian Labhart, [flabhart@addictionsuisse.ch](mailto:flabhart@addictionsuisse.ch), Addiction Suisse, Lausanne).

### Behandlungsabschluss Die behandelnde Institution

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Datum

**Stempel / Unterschrift  
des/der behandelnden Arztes/Ärztin**

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

### Behandlungsübertritt Neue behandelnde Institution

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Datum

**Stempel / Unterschrift  
des/der behandelnden Arztes/Ärztin**

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