



Meldung einer Delegation im Rahmen einer diacetylmorphingestützten Behandlung (Art. 14a 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:

¹ Betäubungsmittelsuchtverordnung (SR 812.121.6)

- 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:

- o folgende angemessene Informationen und Anleitungen von der behandelnden Institution erhalten hat:

- o über Personal verfügt, das wie folgt ausreichend geschult wurde:

- o 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: Datum: Stempel und Unterschrift: → Mit der Unterschrift wird die Richtigkeit der oben gemachten Angaben bestätigt.	Verantwortliche Person der externen Institution: Name/Vorname (in Druckbuchstaben): Datum: Stempel und Unterschrift:
---	--