



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service du médecin cantonal SMC
Kantonsarztamt KAA

Route de Villars 101, 1752 Villars-sur-Glâne

T +41 26 305 79 80
www.fr.ch/smc

Gesicherte E-Mail : addiction@secu.fr.ch
Substitutionstherapie

Behandlungsvertrag / Substitutionsbehandlung mit Betäubungsmitteln

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Ich bestätige, von den Bedingungen der Substitutionsbehandlung mit Betäubungsmitteln gemäss dem Beschluss des Staatsrates vom 28. Januar 1997 und den Weisungen der Gesundheits- und Sozialfürsorgedirektion vom 28. Januar 1997 Kenntnis genommen zu haben. Ich verpflichte mich freiwillig und ausdrücklich, diese Bedingungen einzuhalten und insbesondere:

1. bei der Durchführung der Behandlung die Weisungen des behandelnden Arztes zu befolgen, meine Betäubungsmitteldosis unter Aufsicht einzunehmen und mich an den mir angegebenen Zeitplan zu halten;
2. mich regelmässig und pünktlich an dem mit meinem behandelnden Arzt vereinbarten Ort einzufinden, um meine Betäubungsmitteldosis und gegebenenfalls ergänzende Medikamente einzunehmen;
3. die Tatsache dass, der Konsum von Alkohol oder anderen Drogen die Wirkung der gewünschten Effekte von verschreibungspflichtigen Medikamenten und Drogen verstärken kann, manchmal wenig vorhersehbar. Ich verpflichte mich, meinen behandelnden Arzt über jede weitere medikamentöse Behandlung, die möglicherweise von einem anderen Arzt durchgeführt wird, zu informieren;
4. regelmässige Urinkontrollen zu akzeptieren. Von einer verweigerten Urinkontrolle wird angenommen, dass sie positiv ausgefallen wäre;
5. keine Betäubungsmittel an Dritte abzugeben;
6. mich regelmässig zu den von meinem behandelnden Arzt oder dem mich betreuenden Krankenpfleger vorgesehenen Gesprächen einzufinden;
7. ausreichend im Voraus meine Absenzen anzumelden, deretwegen ich nicht am Ort der Betäubungsmittelabgabe erscheinen kann.
8. in einer öffentlichen Apotheke ein vernetztes pharmazeutisches Dossier zu eröffnen ab Beginn der Abgabe der Substitutionsmedikation
9. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Betäubungsmitteldosen, die mir mitgegeben werden, auf keinen Fall ersetzt werden (Verlust, Diebstahl usw.).
10. Ich nehme zur Kenntnis, dass der Handel mit Betäubungsmitteln und Medikamenten, gewalttätiges Verhalten und die Missachtung der oben aufgeführten Punkte eine Überprüfung des Programms und der Bewilligung zur Folge haben kann.

Unterschrift des Patienten/der Patientin:

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes:

.....

.....

Unterschrift und Stempel des Apothekers:

.....

Ort und Datum:

Eine Kopie dieses Dokuments ist über die elektronische Plattform "Substitution Online" oder per Post an den Kantonsarzt zu senden.