

## Protokollbogen zum Austausch zwischen substituierendem Arzt und psychosozialer Betreuung

Frau/Herr \_\_\_\_\_

ist mit einem der substitutionsgestützten Behandlung dienenden Informationsaustausch  
(Entbindung von der Schweigepflicht) zwischen dem

substituierenden Arzt (Name): \_\_\_\_\_

und dem

Betreuer in dieser Einrichtung (Name): \_\_\_\_\_

einverstanden.

Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_

Arzt: \_\_\_\_\_

Psychosoziale Betreuung: \_\_\_\_\_

Ein Behandlungsvereinbarung mit dem Patienten wurde vorläufig bis  
zum \_\_\_\_\_ abgeschlossen.

Das Substitutionsmittel wird täglich unter Sicht in der Praxis/  
in \_\_\_\_\_ eingenommen.

Eine „Take home“ Regelung besteht nicht / besteht für \_\_\_\_\_ Tage

Der Patient erschien regelmäßig 1x/ Woche / Monat/ bzw. zu folgenden Terminen bei uns  
zur psychosozialen Betreuung:

Datum /Betreuer			

Dieser Bogen wird spätestens am jeweiligen Quartalsende, zu Anfang der Therapie und bei  
gravierenden Änderungen wöchentlich ausgetauscht.