KANTON solothurn
Gesundheitsamt

Behandlungsvereinbarung

Betäubungsmittelgestützte Behandlung (OAT)

Patientin / Patient

Vorname | Name | Geburtsdatum

Strasse, Nr. | PLZ, Ort | Telefon

Ärztin / Arzt

Vorname | Name | GLN

Praxis / Institution | PLZ, Ort | Telefon

E-Mail | Abgabestelle (Apotheke, Arztpraxis)

Vereinbarung

Die Behandlung richtet sich nach der «Richtlinie über die betäubungsmittelgestützte Behandlung bei Abhängigkeitserkrankungen» des Kantons Solothurn. Im Rahmen der Behandlung werden folgende Vorgaben beachtet:

1. Ich halte die Hausordnung der Abgabestelle ein.
2. Sorgfältiger Umgang mit dem Medikament: Methadon, Buprenorphin und andere Betäubungsmittel können bei Kindern und nicht daran gewöhnten Erwachsenen zu einer tödlichen Vergiftung führen. Ich bewahre die mitgegebenen Medikamente deshalb stets für Dritte unerreichbar und in der kindersicheren Originalverpackung auf und gebe sie nicht weiter. Hat eine unbefugte Person das Medikament eingenommen, alarmiere ich sofort den Notruf 144 oder Tox Info Suisse 145.
3. Verlorene, zu früh eingenommene oder erbrochene Dosen werden grundsätzlich nicht ersetzt.
4. Fahreignung: Das Führen von Motorfahrzeugen durch Personen in einer Suchtbehandlung richtet sich nach den Vorgaben der Motorfahrzeugkontrolle. Bei einer betäubungsmittelgestützten Behandlung steht gemäss den medizinischen Mindestanforderungen die Fahreignung grundsätzlich in Frage. Unter bestimmten Voraussetzungen kann die Fahreignung im Einzelfall gegeben sein; dies setzt jedoch eine spezialisierte, verkehrsmedizinische Begutachtung voraus.
5. Entbindung vom Berufsgeheimnis: Ich bin damit einverstanden, dass die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt die für die Behandlung notwendigen Informationen mit der Abgabestelle und den mitbehandelnden Fachpersonen austauscht.
6. Anpassung und Beendigung: Diese Vereinbarung kann von beiden Seiten jederzeit angepasst oder beendet werden. Anpassungen werden schriftlich festgehalten.

Weitere Vereinbarungen

Unterschriften

Mit der Unterschrift bestätigen die Unterzeichnenden, den Inhalt gelesen und verstanden zu haben.

Ort, Datum | Ort, Datum

Patientin / Patient | Ärztin / Arzt

Originaldokument: Krankengeschichte der Patientin / des Patienten · Kopie: Patientin / Patient