

Kopf Praxis

An das
Amt für Soziale Dienste Bremen
- Stab der Jugendamtsleitung
Hans Böckler Str. 9
28217 Bremen

Erstmitteilung über eine beabsichtigte Take-home-Verordnung für Substitutionspatienten mit einem minderjährigen Kind im Haushalt

Bremen, den

Angaben zur Patientin/zum Patienten

Für die/den sich in meiner/unserer Behandlung befindenden Substitutionspatientin/
Substitutionspatienten

Name _____

Anschrift _____

beabsichtige ich ab dem _____ eine Take-home-Verordnung in der

Verabreichungsform

- 7 Tage
- nur an Wochenenden
- begrenzt für den Zeitraum vom _____ bis zum _____

auszustellen.

Ärztliche Stellungnahme

Aus ärztlicher Sicht erfüllt die Patientin /der Patient alle Voraussetzungen für eine Qualifizierte Weiterführung der Substitutionsbehandlung lt. §5 Abs. 8 BtMVV und ist somit für eine Take-home-Vergabe geeignet.

- Die Einstellung auf das Substitutionsmittel ist abgeschlossen,
- Der bisherige Verlauf der Behandlung hat zu einer klinischen Stabilisierung des Patienten geführt.

- Risiken der Selbstgefährdung sind soweit wie möglich ausgeschlossen,
- der Patient ist stabil und konsumiert keine weiteren Substanzen.

Belegt durch:

- Haaranalyse vom_____.
- Urinproben (Abgabe unter Sicht)

Weitere Angaben:

- Die Patientin/der Patient hat die erforderlichen Kontakte zum Arzt wahrgenommen.
- Die Patientin/der Patient befindet sich in PSB durch_____.

Die psychosoziale Reintegration ist fortgeschritten.

- ja**
- nein**

Informationstransfer:

- Die Patientin/der Patient wurde über ihre/seine Verpflichtung zur sorgfältigen und kindersicheren Aufbewahrung des Substitutionsmittels und entsprechender Einnahme (nicht im Beisein des Kindes/der Kinder) unterrichtet.

Einschätzung der Fremdgefährdung:

- Für eine Fremdgefährdung durch Weitergabe des Substitutionsmittels an die im Haushalt lebenden Kinder oder Dritte bestehen keine Hinweise.

Einverständniserklärung/Datenschutz:

- Eine schriftliche Einwilligungserklärung der Substitutionspatientin/ des Substitutionspatienten zur Datenübermittlung der vorstehenden Angaben liegt vor.

Rückmeldebitte

Ich bitte um Prüfung und Rückmeldung, ob seitens des Jugendamtes Bremen gewichtige Anhaltspunkte vorliegen, die gegen eine Verordnung des Substitutionsmittels als Take-home-Vergabe sprechen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift/Stempel)

Kopfbogen des AfSD

An die Praxis ...

Rückmeldung / Aussage zur beabsichtigten Take-home-Verordnung

Bremen; den

Sehr geehrte/r Frau/Herr Dr.,

über die/den von Ihnen betreute/n Substitutionspatientin/Substitutionspatienten

Name _____

Anschrift _____

liegen nach meinem Kenntnisstand derzeit

- gewichtige Anhaltspunkte im Sinne des §8a SGB VIII vor, die gegen eine Take-home-Verordnung sprechen.
- keine gewichtigen Anhaltspunkte über eine Kindeswohlgefährdung im Sinne des §8a SGB VIII vor, die gegen eine Take-home-Verordnung sprechen.
- Eine Einschätzung des Gefährdungsrisikos ist derzeit nicht möglich, da der Fall nicht/ nicht hinreichend bekannt ist.
Es wird empfohlen, zunächst von einer Take-home-Vergabe abzusehen.

Eine schriftliche Einwilligungserklärung der Substitutionspatientin/ des Substitutionspatienten zur Datenübermittlung und Übermittlung der Gefährdungseinschätzung liegt vor.

Sollten sich im vorgesehenen Vergabezeitraum gewichtige Veränderungen der Gefährdungseinschätzung ergeben werde ich Sie davon gesondert in Kenntnis setzen.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift/Stempel)

Kopf Praxis

An das
Amt für Soziale Dienste Bremen
- Stab der Jugendamtsleitung -
Hans Böckler Str. 9
28217 Bremen

Mitteilung über Take-home-Verordnung (Gesamtbewertung)

Bremen; den

Sehr geehrte/r Frau/Herr.....

Ich bedanke mich für Ihre Stellungnahme vom _____. Auf Grundlage aller mir vorliegenden Informationen

beginne ich die Take-home-Vergabe zum _____ als

7 Tage Vergabe.

Vergabe nur am Wochenende.

Vergabe begrenzt auf den Zeitraum vom _____ bis zum _____.

werde ich auf Weiteres von einer Take-home-Verordnung absehen.

Die nächste ärztliche Überprüfung der Vergabeeignung erfolgt am _

Sollten sich im oben genannten Vergabezeitraum gewichtige Veränderungen ergeben, werde ich Sie davon gesondert in Kenntnis setzen.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift/Stempel)

Kopf Praxis

An das
Amt für Soziale Dienste Bremen
- Stab der Jugendamtsleitung -
Hans Böckler Str. 9
28217 Bremen

Folgemitteilung über eine fortgesetzte Take-home-Verordnung für Substitutionspatienten mit einem minderjährigen Kind im Haushalt

Bremen, den

Bei der/dem sich in meiner/unserer Behandlung befindenden Substitutionspatientin/
Substitutionspatienten

Name _____

Anschrift _____

beabsichtige ich, ab dem _____ eine fortgesetzte Take-home-Verordnung in der
Verabreichungsform

- 7 Tage
- nur an Wochenenden
- begrenzt auf den Zeitraum vom _____ bis zum _____

auszustellen.

Meinem Entschluss geht folgende erfolgreiche Take-home-Substitution voraus:

Vom _____ zum _____

- in der oben ausgewählten Verabreichungsform
- in neuer Verabreichungsform _____

(Unterschrift/Stempel)

Kopf Praxis

An das
Amt für Soziale Dienste Bremen
- Stab der Jugendamtsleitung -
Hans Böckler Str. 9
28217 Bremen

Mitteilung über die Beendigung der Take-home-Verordnung für Substitutionspatienten mit einem minderjährigen Kind im Haushalt

Bremen, den

Sehr geehrte/e Frau/Herr.....,

im Fall der/dem sich bis heute in meiner/unserer Behandlung befindenden Substitutionspatientin/ Substitutionspatienten

Name _____

Anschrift _____

beabsichtige ich, ab dem _____ eine Take-home-Verordnung zu beenden.

Die Beendigung hat folgenden Grund:

- Die Substitution wurde erfolgreich abgeschlossen.
- Die Abgabe des Substituts wird unter Sicht in meiner Praxis fortgesetzt.
- Die/der Patient/in wechselt die Substitutionspraxis.

- Die Beendigung/ der Abbruch der Substitution erfolgt einseitig
 - seitens der Patientin/des Patienten
 - seitens der Ärztin/des Arztes

Diesbezüglich liegt mir eine Schweigepflichtentbindungserklärung zur Übermittlung der Daten vor.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift/Stempel)

Kopf Praxis

An das

Amt für Soziale Dienste Bremen

- Stab der Jugendamtsleitung -

Hans Böckler Str. 9

28217 Bremen

Verfahren der Abstimmung bei Take-home-Vergaben von Methadon

Um eine Gefährdung von Kindern und Jugendlichen, die im Haushalt von Substitutionspatienten leben, durch den Kontakt mit Methadon auszuschließen, sollen Take-home-Vergaben von Methadon für substituierte Eltern zukünftig nur noch in Absprache mit dem Amt für Soziale Dienste/Jugendamt erfolgen. Zu diesem Zweck ist es erforderlich, dass dem Jugendamt von Ihrer substituierenden Ärztin/Ihrem substituierenden Arzt die konkreten Angaben übermittelt werden, die belegen, dass Sie die Voraussetzungen für eine Substitutionsbehandlung und eine Take-home-Vergabe erfüllen, wann und für welchen Zeitraum eine Take-home-Vergabe erfolgen soll und ggf. auch, dass und aus welchem Grund diese beendet worden ist. Sollte nach Abstimmung mit dem Jugendamt entschieden werden, dass von einer Take-home-Vergabe abgesehen wird, soll auch dies und der nächste Termin zur Überprüfung dieser Entscheidung dem Jugendamt mitgeteilt werden.

Damit Ihr substituierender Arzt/Ihre substituierende Ärztin diese Daten an das Jugendamt zum Zweck der Einholung der Zustimmung für eine Take-home-Vergabe übermitteln darf, bedarf es dafür einer Schweigepflichtentbindungserklärung.

Die Abgabe dieser Erklärung ist freiwillig. Wenn Sie diese Erklärung nicht abgeben möchten, wird Ihre substituierende Ärztin/Ihr substituierender Arzt jedoch keine Take-home-Vergabe vornehmen.

Entbindungserklärung von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 4a Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Hiermit entbinde ich

Name _____

Anschrift _____

die/den mich im der Substitution betreuende/n Ärztin/Arzt

Name _____

Anschrift der Praxis _____

im oben beschriebenen Umfang von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Amt für Soziale Dienste/Jugendamt Bremen.

Eine Kopie dieser Erklärung wurde mir ausgehändigt.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.

(Ort, Datum)
