Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Abteilung Qualitätssicherung
Team Substitution
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Patientencode (gemäß BtMVV § 5b Abs. 2)

Dokumentationsbogen

Überprüfung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger
gemäß § 8 Abs. 3 und 4 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung

Quartal: _____ Geburtsjahr: _____ Bestand Kontakt zum Vorbehandler?
 Ja Nein

1. Opioidabhängigkeit seit _____ Beginn der Substitutionsbehandlung in
eigener Praxis

_____ MM / JJJJ

_____ TT / MM / JJJJ

2. Besteht / Bestand eine Schwangerschaft?

Nein Ja, (voraussichtlicher) Entbindungstermin: _____
TT / MM / JJJJ

3. Substitutionsmedikation

Anfangsdosierung (Zutreffendes ankreuzen)

- Methadon _____ mg
- Levomethadon _____ mg
- Buprenorphin _____ mg
- Buprenorphin/Naloxon _____ mg
- (Dihydro-)Codein _____ mg
- Retardiertes Morphin _____ mg
- Diamorphin _____ mg

aktuelle Dosierung (Zutreffendes ankreuzen)

- Methadon _____ mg
- Levomethadon _____ mg
- Buprenorphin _____ mg
- Buprenorphin/Naloxon _____ mg
- (Dihydro-)Codein _____ mg
- Retardiertes Morphin _____ mg
- Diamorphin _____ mg

4. Vergabemodalität

- tägliche Einnahme unter Sicht
- Take-home-Verordnung für _____ Tage
→ Besteht regelmäßiger Kontakt zu minderjährigen Kindern?
 Nein Ja, Alter: _____

Begründung für eine Take-home-Verordnung

(bei Take-home-Verordnung über 7 Tage → Welche glaubhafte Begründung hat der Patient angegeben?)

5. Urinkontrollen (UKen)

Anzahl aller Urinkontrollen der letzten 12 Monate: _____

	Anzahl positiv*	von	Anzahl der durchgeführten UKen, bezogen auf die jeweilige Substanz*
aktuelles Substitutionsmittel	_____	von	_____
Opioide	_____	von	_____
Kokain	_____	von	_____
Benzodiazepine	_____	von	_____
Gabapentinoide (z. B. Pregabalin)	_____	von	_____
Amphetamine	_____	von	_____
Cannabis	_____	von	_____
Alkohol	_____	von	_____
illegal erworbene Substitutionsmittel	_____	von	_____
andere:	_____	von	_____

* Angaben in arabischen Ziffern

Befunde aus dem Kapillarblut/Speichel

5a. (z. B. UK bestätigt, zusätzlich konsumierte Substanzen entdeckt, Betrugsversuch aufgedeckt)

5b. Alkohol in der Atemluft oder Ethylglucuronid (EtG) im Urin

Anzahl positiv _____ von _____ (Gesamtanzahl der Testungen)

5c. Verlauf des Beigebruchs innerhalb der letzten 12 Monate

6. Aktuelle Befunde im Zusammenhang mit intravenösen Drogenkonsum

- keine
- Injektionsstellen Abszesse
- Thrombosen andere: _____

7. (Teil-) Entzugsbehandlungen in den letzten 2 Jahren

Anzahl	Substanz	Effekt

8. Begleiterkrankungen im Zusammenhang mit der Suchterkrankung

a) psychiatrischer Zustand: _____

 psychischer Zustand: _____

erfolgt eine Mitbehandlung? Nein Ja

b) somatisch: _____

letzte körperliche Untersuchung: _____

wesentliche pathologische Befunde: _____

erfolgt eine Mitbehandlung? Nein Ja, durch: _____
 (Fachrichtung)

Verordnete Begleitmedikation

c) letzter Laborbefund: _____

	negativ	Impfung durchgeführt	positiv	Immunität	PCR negativ	chron. Verlauf	Behandlung w. durchgeführt
HAV	☐	☐	☐	☐			
HBV	☐	☐	☐	☐		☐	☐
HCV	☐		☐		☐	☐	☐
HIV	☐		☐				☐

9. Angaben zur aktuellen Wohn- und Erwerbssituation

Angaben zur psychosozialen Betreuung (PSB)

10. (Eine psychosoziale Betreuung soll dem Patienten regelhaft empfohlen werden)

Wurde eine PSB empfohlen? Ja → Inanspruchnahme? Ja → Wie oft? _____
 Nein Nein

Begründung

11. Behandlungsverlauf

12. Ergebnis des Gesprächs über Abstinenz

13. Eine substitutionsgestützte Behandlung ist weiterhin angezeigt, weil

14. Ziele und Therapieplan für die nächsten 12 Monate

Datum

Unterschrift behandelnder Arzt

Arztstempel

Freitextfeld für ggf. weitere Anmerkungen