

**Dokumentation über die Einleitung und Durchführung einer
substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger gemäß § 8 Abs. 3 der
Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung Anlage I Nr. 2**

Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt
Qualitäts- und Ordnungsmanagement
z.H. Frau Anikó Kálmán
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg

Bearbeitet von Frau Kálmán
Telefon: 0391 627 - 7435
Fax: 0391 627 - 8436
E-Mail: Aniko.Kalman@kvs.a.de

Dokumentationsbogen

1. ALLGEMEINE ANGABEN

Angaben zum behandelnden Arzt

Titel, Vorname, Nachname:	
PLZ, Ort, Straße:	
LANR:	Anzahl derzeitiger Substitutionspatienten:

Angaben zum Substitutionspatienten

Vorname		Nachname		Geschlecht		Geb.-Ziffern	
Patientencode:							
Beispielcode für Dr. Hanna von Mühlenstein , geb. am 16.07.1968 = HAMÜF678							
Kostenträger:				Alter des Patienten:		Jahre	
Beginn der Substitution in Ihrer Praxis:				(tt.mm.jjjj)	Beginn der Opioidabhängigkeit:		(jjjj)
Vergabemodalität:		Sichtvergabe		Take-Home-Vergabe			
Anfangsdosierung:				Aktuelle Dosierung:			
DL-Methadon		mg		DL-Methadon		mg	
L-Polamidon		mg		L-Polamidon		mg	
Buprenorphin (Subutex)		mg		Buprenorphin (Subutex)		mg	
Buprenorphin/Naloxon (Suboxone)		mg		Buprenorphin/Naloxon (Suboxone)		mg	
Morphin (Substitol)		mg		Morphin (Substitol)		mg	
(Dihydro)-Codein (begründete Ausnahme)		mg		(Dihydro)-Codein (begründete Ausnahme)		mg	

Patientencode:

Konsiliarische Betreuung

Unter konsiliarischer Betreuung tätig?:			
Ja		Nein	
Wenn ja, Konsiliararzt: Name, Vorname			
Terminangabe der letzten vier Quartale, an denen eine Vorstellung beim Konsiliarius erfolgte:			
Quartal (z.B. Q1/2024)	Datum Terminangabe (tt.mm.jjj)	Quartal (z.B. Q1/2024)	Datum Terminangabe (tt.mm.jjj)

2. SUCHTANAMNESE UND ANAMNESTISCHE ERFASSUNG

Angaben zum Drogenkonsum und Vorgeschichte

Einstiegsalter:	Jahre		
Umstände des Einstiegs:			
Welche Substanzen wurden konsumiert?:			
Cannabis	Crack	Marihuana	Heroin
Benzodiazepine	Amphetamine	LSD	Speed
Alkohol	Weitere:		

Aktuelanamnese

z.Z. konsumierte Substanzen:			
z.Z. nebeneinander benutzte Suchtstoffe?:			
Anzahl bisheriger Entwöhnungsbehandlungen:			
Wohnsituation:			
alleinlebend	in Partnerschaft	in Familie	im Heim/ Pflegeheim
Im Haushalt lebende Kinder?: Bei ja, bitte Anzahl und Alter angeben:		Ja	Keine
Besteht eine Schwangerschaft?:		Ja	Nein
Aktuelle Art der Beschäftigung:			
arbeitslos	gelegentlich	berufstätig	berentet

Patientencode:

Es liegen folgende psychosoziale Belastungen vor:

Wurde die psychosoziale Betreuung empfohlen?: Ja Nein
Bei nein, bitte Begründung:

Die psychosoziale Beratung wird durchgeführt von:

Beratungsstelle:

Soziale Fachkraft der Praxis:

Medizinische Befunde

Größe: m Gewicht: kg

Begleitende somatische Erkrankungen und relevante Vorerkrankungen:

Keine	Lebererkrankungen	Hepatitis A/B/C
HIV	Einstichstellen	Abszesse
Pneumonie	Herz-Kreislauf- Erkrankungen	QT-Zeit
Thrombose	Depression	ADHS
Suizidversuch, falls ja wann:	(jjj)	
andere (Vor-)Erkrankungen:		
Komorbide psychische/sub- stanzbedingte Störungen:		
Sonstige regelmäßige Medikamenteneinnahmen:		

3. INDIVIDUELLER THERAPIEPLAN, VERLAUFS- UND ERGEBNISKONTROLLE

Therapieziele:

Bitte kreuzen Sie die wichtigsten patientenindividuellen Aspekte in der Zielbetrachtung an.

Sicherstellung des Überlebens	Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes
Unterstützung der Behandlung somatischer und psychischer Begleiterkrankungen	Reduktion riskanter Applikationsformen von Opioiden
Reduktion des Konsums unerlaubt erworbener oder erlangter Opioide	Reduktion des Gebrauchs weiterer Suchtmittel
Abstinenz von unerlaubt erworbenen und erlangten Opioiden	Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
Verringerung der durch die Opioidabhängigkeit bedingten Risiken für Mutter und Kind während einer Schwangerschaft so-wie während u. nach der Geburt	
Sonstige:	

Patientencode:

Drogenscreenings der letzten sechs Monate

Datum (tt.mm.jjj)						
+ positiv - negativ 0 nicht durchgeführt	Ergebnis	Ergebnis	Ergebnis	Ergebnis	Ergebnis	Ergebnis
Atemalkohol (%)						
Amphetamine						
Benzodiazepine						
Kokain						
Methadon/EDDP						
Opiate						
THC						
6-MAM						
Buprenorphin						

Bewertung des Therapieverlaufs

Bewertung:			
a) körperlicher Zustand	unverändert	verbessert	verschlechtert
b) psychischer Zustand	unverändert	verbessert	verschlechtert
b) soziale Situation	unverändert	verbessert	verschlechtert
Dosis im Verlauf			
stabil	steigend	fallend	wechselnd
Kommentar/Begründung:			