



Bewilligungen
Malzgasse 30
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 95 26
E-Mail: bewilligungen-bs@hin.ch
www.bs.ch/md

Vertrag zur Teilnahme am Opioid-Substitutionsprogramm

Personalien

GLN

UID

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Ich nehme ab dem

am Substitutionsprogramm in der

und erkläre mich mit folgenden

Bedingungen einverstanden:

- Ich nehme regulär am Programm teil. Die Richtlinien des Programms entnehme ich den folgenden mir abgegebenen Informationsblättern. Ich habe sie sorgfältig durchgelesen:

- 1.
- 2.
- 3.

- Mindestens einmal pro Woche muss ich die abgegebene Substanz (Methadon, Buprenorphin oder andere Opioide) unter Sicht in der Abgabestelle konsumieren.

- Ich verpflichte mich zur Einhaltung der beiliegenden Hausordnung.

- Ich weiss, dass Methadon oder Buprenorphin Medikamente sind, die zur tödlichen Vergiftung führen können, wenn sie irrtümlicherweise von Kindern oder Erwachsenen eingenommen werden, die nicht daran gewöhnt sind. Deshalb garantiere ich mit meiner Unterschrift, dass ich die Medikamente sorgfältig handhaben und sicher aufbewahren werde. Falls trotzdem eine unbefugte Person mein Medikament eingenommen hat, bringe ich diese Person sofort auf die Notfallstation des Universitätsspitals oder ich suche umgehend über eine der folgenden Telefonnummern Hilfe:

Ärztenotrufzentrale
Notfallruf Schweiz
Universitäts-Kinderspital beider Basel
Notfallstation Universitätsspital

Tel. 061 261 15 15
Tel. 144
Tel. 061 685 65 65
Tel. 061 265 40 30

Bei Widerhandlungen gegen diese Vereinbarung ist mit rechtlichen Folgen zu rechnen.

Das flüssige Methadon, das mir in kindersicheren Behältern abgegeben wird bzw. die Methadon-Tabletten und die Buprenorphin-Tabletten, muss ich deshalb immer für Kinder und unbefugte Erwachsene unerreichbar aufbewahren.
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, den obigen Text gelesen zu haben und mit den darin enthaltenen Bedingungen vollumfänglich einverstanden zu sein.
Bei Fragen kann ich mich an die zuständige Bezugsperson des Substitutionsprogrammes wenden.

Patient

Name	Vorname
Ort / Datum	Unterschrift Patient/in

Arzt Indikationsstelle

Name	Vorname
Ort / Datum	Unterschrift Arzt/ Ärztin der Indikationsstelle

Weiterbetreuender Arzt

Name	Vorname
Ort / Datum	Unterschrift weiterbetreuende/r Ärztin/Arzt