

## Vertrag zur Substitutionstherapie

Nach Unterzeichnung des vorliegenden Behandlungsvertrages sind Sie in die Substitutionstherapie aufgenommen. Sie sind für sich zur Einsicht gekommen, dass Sie Suchtprobleme haben und Ihre gegenwärtige Lebenssituation verbessern möchten. Der tägliche Konsum von Heroin und anderen Suchtmitteln wird Ihre Probleme nicht lösen. Wir können mit Ihnen zusammen Ihre aktuelle Situation stabilisieren. Damit sich Ihre Lebensumstände verbessern können, sind wir auf Ihre aktive Mitarbeit angewiesen.

### *Von uns dürfen Sie erwarten:*

- Wir halten uns an die ärztliche Schweigepflicht.
- Wir unternehmen keine Handlungen ohne Ihr Wissen.
- Wir verpflichten uns, Ihnen täglich die vereinbarte Dosis Methadon bzw. Buprenorphin abzugeben oder dessen Abgabe an eine entsprechende Fachstelle zu delegieren.

### *Wir erwarten von Ihnen:*

- Sie legen alle Ihre Arztkontakte offen.
- Sie verpflichten sich, die vereinbarten Abgabezeiten einzuhalten, das verordnete Medikament regelmässig einzunehmen und allfällige Mitgaben für Dritte unerreichbar aufzubewahren.
- Sie verzichten auf das Führen eines Motorfahrzeuges (inkl. Mofa), solange Sie nebst Methadon bzw. Buprenorphin andere Betäubungs-, Schmerz-, Beruhigungsmittel oder Alkohol zu sich nehmen.
- Sie verpflichten sich, bei vorhandenen psychosozialen Problemen mit einer Suchtberatungsstelle zusammenzuarbeiten, die vereinbarten Gesprächstermine einzuhalten und den Informationsaustausch zwischen Arztpraxis und psychosozialer Fachstelle zu ermöglichen.

Die unterzeichnenden Personen verpflichten sich hiermit, die im Behandlungsvertrag erwähnten Abmachungen einzuhalten. Es steht jeder Vertragspartei frei, den Vertrag sofort aufzulösen, sofern sie infolge Nichteinhalten des Vertrages durch eine andere Vertragspartei oder wegen anderen schwerwiegenden Umständen die weitere Zusammenarbeit als unzumutbar erachten.

-----  
Ort

-----  
Datum

-----  
Unterschrift PatientIn

-----  
Unterschrift ÄrztIn