Arbeitshilfe der Bundesapothekerkammer

zur Qualitätssicherung

**FORMBLATT**

* Patientenbezogene Dokumentation im Rahmen
der Opioidsubstitution

Stand der Revision: 10.05.2022

**Leitlinie:**

Herstellung und Abgabe der Betäubungsmittel zur Opioidsubstitution

|  |  |
| --- | --- |
| **Patienten-/Patientinnenbezogene Dokumentation im Rahmen der Substitutionstherapie**(nach § 13 Abs. 1 Satz 4 BtMVV) | **Blatt Nr.** (fortlaufend für den/die jeweiligen Patienten/Patientinnen) |
| Name, Vorname des Patienten/der Patientin: | Geburtsdatum des Patienten//der Patientin: |
| Eindeutige Bezeichnung des Betäubungsmittels (bei Fertigarzneimitteln: Arzneimittelbezeichnung, Darreichungsform, Gewichtsmenge je abgeteilte Form/Packungseinheit oder Freisetzungsrate): |
| Genaue Dosierungsanweisung und Anwendungsart: | Name, Vorname des behandelnden Arztes/ der behandelnden Ärztin: |
|  | Übertrag (Bestand)von Blatt Nr. | Übertrag (Bestand) in g, mg, ml oder Stückzahl: | Anschrift, Telefonnummer des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin: |
|  |  |  |
| Zugang bzw. Abgang | Zugang in g, mg, ml oder Stückzahl: | Abgang in g, mg, ml oder Stückzahl: | Bestand in g, mg, ml oder Stückzahl: | Unterschrift der verantwortlichen Fachkraft: | Arztrücksprachen und Beobachtungen | Unterschrift des Patienten/der Patientin – Einnahme bestätigt |
| Datum | Uhrzeit |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gemäß § 13 BtMVV sind sämtliche Eintragungen über Zugänge, Abgänge und die Bestände der Betäubungsmittel am Ende eines jeden Kalendermonats durch Arzt/Ärztin zu prüfen oder dem/der Arzt/Ärztin zur Kenntnis zu bringen (Näheres siehe Vereinbarung). | Bestand OK 🞎 | Bemerkung: | Prüfdatum: | NamenszeichenArzt/Ärztin:Apotheker\*in: |