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: | | Namenszeichen  Arzt/Ärztin:  Apotheker\*in: |