



Gesuch¹ um Patientenbewilligung zur diacetylmorphingestützten Behandlung
(Art. 3e BetmG²) (bitte ausschliesslich an hegebe@hin.ch einreichen)

<input type="checkbox"/> Erstmaliges Gesuch	<input type="checkbox"/> Erneuerungsgesuch
<p>Die Aufnahmekriterien gemäss Art. 10 BetmSV³ sind erfüllt: die Patientin oder der Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ist mindestens 18 Jahre alt; b. ist seit mindestens zwei Jahren schwer heroïnabhängig; c. hat mindestens zwei Behandlungsversuche mit einer anderen anerkannten ambulanten oder stationären Therapie abgebrochen oder erfolglos absolviert und d. weist Defizite im psychischen, körperlichen oder sozialen Bereich auf. <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Laufende substituionsgestützte Behandlung:</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, abgemeldet per</p>	<p>Die Voraussetzungen für eine Erneuerung der Bewilligung gemäss Art. 21 Abs. 3 BetmSV sind weiterhin erfüllt:</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<input type="checkbox"/> Falls eine oder mehrere der oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt ist/sind und dennoch um eine Bewilligung ersucht wird, bitte Zusatzindikation auf separatem Blatt ausführen (vgl. Art. 10 Abs. 2 BetmSV).	
Der gesuchstellende Arzt/die gesuchstellende Ärztin verfügt für die Dauer der Patientenbewilligung über eine gültige Arztbewilligung gemäss Art. 18 BetmSV.	
Das Behandlungszentrum verfügt für die Dauer der Patientenbewilligung über eine gültige Institutionsbewilligung nach Art. 16 BetmSV.	

Angaben für die Bewilligungserteilung (Art. 3e Abs. 3 BetmG, Art. 10ff., insb. 21 BetmSV)

Name und Vorname des Patienten/der Patientin

Geburtsdatum des Patienten/der Patientin männlich weiblich

¹ Für das Ausfüllen des Gesuchsformulars sowie das Vorgehen bei einer Erneuerung wird auf die Richtlinien des HeGeBe-Handbuches vom 10.11.2015 verwiesen.

² Betäubungsmittelgesetz (SR 812.121)

³ Betäubungsmittelsuchtverordnung (SR 812.121.6)

Heimatort des Patienten/der Patientin

Wohnadresse des Patienten/der Patientin

Behandlungszentrum

Vorgesehene Behandlungsdauer von bis
(Max. 5 Jahre)

**Die medizinische Leitung
des Behandlungszentrums:**

Der Kantonsarzt/Die Kantonsärztin:
(nur beim erstmaligen Gesuch)

Datum

Datum

Stempel und Unterschrift der
medizinischen Leitung des Behandlungszentrums:

Stempel und Unterschrift
des Kantonsarztes/der Kantonsärztin

-► Mit der Unterschrift wird die Richtigkeit der oben gemachten Angaben bestätigt.

- Falls eine Bewilligung erteilt wird, ist der unten stehende Teil dieses Formulars im Falle des Behandlungsendes oder eines Übertritts zur Meldung an das BAG zu verwenden.

- Bitte melden Sie den Behandlungsabschluss an **Sucht Schweiz** mit dem Austrittsfragebogen.

<p>Behandlungsabschluss Das Behandlungszentrum</p> <p>.....</p> <p>Datum</p> <p>Stempel und Unterschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin</p>
--

<p>Behandlungsübertritt Neues Behandlungszentrum</p> <p>.....</p> <p>Datum</p> <p>Stempel und Unterschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin</p>
--