Arbeitshilfe der Bundesapothekerkammer   
zur Qualitätssicherung

**FORMBLATT**

* **Beispiel für eine Erklärung zur Schweigepflichtentbindung im Rahmen der Opioidsubstitution**

Stand der Revision: 10.05.2022

**Leitlinie:**

Herstellung und Abgabe der Betäubungsmittel zur Opioidsubstitution

**Beispiel für eine Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht im Rahmen der Substitutionstherapie mit Betäubungsmitteln zur Sichtvergabe   
in der Apotheke1**

Lieber Patient, liebe Patientin,

Sie werden im Rahmen der Substitutionstherapie mit Betäubungsmitteln (Substitutionsmitteln) versorgt, die Ihnen auf der Basis einer Vereinbarung zwischen

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Name und Anschrift der Apotheke]

und ihrem substituierenden Arzt/ihrer substituierenden Ärztin

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Name des Arztes/der Ärztin und Praxisanschrift]

zum unmittelbaren Verbrauch in der Apotheke überlassen werden (Sichtvergabe). Um den Erfolg der Substitutionstherapie zu gewährleisten, kann es erforderlich sein, Ihren behandelnden Arzt/Ihre behandelnde Ärztin zu kontaktieren und mit diesem/dieser auch personenbezogene Angaben auszutauschen.

Wir bitten Sie, die folgende Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht zu unterzeichnen:

Hiermit gestatte ich,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Name des Substitutionspatienten/der Substitutionspatientin]

der oben genannten Apotheke meine/meinen oben genannte\*n behandelnde\*n substituierende\*n Ärztin/Arzt zum Zwecke der therapeutischen Betreuung zu kontaktieren und diesen/diese über Begleitumstände zu informieren, die im Zusammenhang mit der Sichtvergabe in der Apotheke festgestellt werden und mich und die Substitutionstherapie betreffen. Hierunter können auch Angaben fallen, die grundsätzlich von der apothekerlichen Schweigepflicht erfasst sind. Eine Weitergabe dieser Angaben erfolgt nur im erforderlichen Maß und nur gegenüber meinem Arzt/meiner Ärztin oder seinem/ihrer ärztlichen Vertreter\*in.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift   
1Diese Erklärung ist in jedem Fall individuell an den einzelnen Apothekenbetrieb anzupassen. Sie sollte dem/der zuständigen Beauftragten für den Datenschutz der Apotheke, sofern nach den gesetzlichen Bestimmungen zu bestellen, zur Genehmigung vorgelegt werden, und ist gegebenenfalls anwaltlich zu prüfen.