

Rezeptausstellung - Abgabemodus

Praktische Übungen

Hans Haltmayer

Ärztlicher Leiter, Suchthilfe Wien

Beauftragter für Sucht- und Drogenfragen der Stadt Wien

Basismodul gemäß WBVO orale Substitution

Ärztchammer für Wien

16. November 2019, Wien

GKK **W**

Betr.-KK _____

A B VAEB

BVA (öff. Bed.)

.. gew. Wirtsch. _____

Bauern _____

Zutreffendes Feld markieren:
 Substitutions-EINZEL-verschreibung
 Substitutions-DAUER-verschreibung dem Amtsarzt vorzulegen

192083 468506

1 5 7

Erwerbstätig Selbst-versichert Arbeitslos
 Pensionist(in) _____
 Kriegshinterbliebene(r) _____

Aussteller – Bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familienname(n) _____ Vorname(n) _____ Versicherungsnummer _____

Patient 1111 01 01 81
 Tag Monat Jahr

Maximiliane Musterfrau

Anschrift

1010 Wien; Musterstraße 1

Versicherter (Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist) _____
 Tag Monat Jahr

Ausstellungsdatum 21 09 18
 Tag Monat Jahr

Compensan retard 300mg (dreihundert) Tbl.

OP II (zwei) zu 30 (dreißig) Stk.

Tägliche Dosierung und Abgabemodus

S.: Tägliche Einnahme unter Sicht in der Apotheke.
 Am Sa. für So. und für Feiertage mitgeben.

Taxsumme _____

Rezept-Nr. _____

Anzahl d. Rp.-Geb. _____

TD: 600 mg

Hinweise siehe Rückseite!

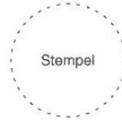
SUBSTITUTIONS-VERSCHREIBUNG

Gültig nach Vidierung durch den Amtsarzt für einen Monat

(Siehe Rückseite, Hinweise Punkt A.3.)

von 03 10 18 bis 01 11 18 30 2
 Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr insgesamt mal OP/Monat entspricht insgesamt

Vidierung durch den Amtsarzt



Dr. Carlo Opioido

Arzt für Allgemeinmedizin;

1010 Wien

Arztgasse 1, Tel.: 01-11 11 11

Dr. Carlo Opioido

| Datum und Unterschrift | | Arztstempel bei Rezeptgebührenfreiheit | |
|------------------------|------|--|------|
| Tag | Mon. | Abgabebestätigung (Signum) | |
| 14. | | | |
| 15. | | | |
| 16. | | | |
| 17. | | | |
| 18. | | | |
| Stempel der Apotheke | | Tag | Mon. |
| 1. | 2. | 3. | 4. |
| 19. | | | |
| 20. | | | |
| 21. | | | |
| 22. | | | |
| 23. | | | |
| 24. | | | |
| 25. | | | |
| 26. | | | |
| 27. | | | |
| 28. | | | |
| 29. | | | |
| 30. | | | |
| 31. | | | |

**Dauerverschreibung
 Beispiel 1**

GKK W

Betr.-KK _____

A B VAEB

BVA (öff. Bed.)

.. gew. Wirtschaft

Bauern

Zutreffendes Feld markieren:
 Substitutions-EINZEL-verschreibung
 Substitutions-DAUER-verschreibung dem Amtsarzt vorzulegen

192083 468506

1 5 7

Erwerbstätig
 Selbst-versichert
 Arbeitslos

Pensionist(in)

Kriegshinterbliebene(r)

Aussteller – Bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familienname(n) _____ Vorname(n) _____ Versicherungsnummer _____

Patient 1111 01 01 81
 Tag Monat Jahr

Maximiliane Musterfrau

Anschrift

1010 Wien; Musterstraße 1

Versicherter (Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist) _____
 Tag Monat Jahr

Ausstellungsdatum 21 09 18
 Tag Monat Jahr

Substitol retard 200mg (zweihundert) Kps.

OP III (drei) zu 30 (dreißig) Stk.

Tägliche Dosierung und Abgabemodus

S.: Tägliche Einnahme unter Sicht in der Apotheke.
 Am Sa. für So. und für Feiertage mitgeben.

Taxsumme _____

Rezept-Nr. _____

Anzahl d. Rp.-Geb. _____

TD: 600 mg

Hinweise siehe Rückseite!

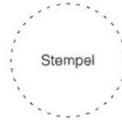
SUBSTITUTIONS-VERSCHREIBUNG

Gültig nach Vidierung durch den Amtsarzt für einen Monat

(Siehe Rückseite, Hinweise Punkt A.3.)

von 03 10 18 bis 01 11 18 30 3
 Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr insgesamt mal OP/Monat
 entspricht insgesamt

Vidierung durch den Amtsarzt



Dr. Carlo Opioido

Arzt für Allgemeinmedizin;

1010 Wien

Arztgasse 1, Tel.: 01-11 11 11

Dr. Carlo Opioido

| Datum und Unterschrift | | Arztstempel bei Rezeptgebührenfreiheit | |
|------------------------|------|--|------|
| Tag | Mon. | Abgabebestätigung (Signum) | |
| 14. | | | |
| 15. | | | |
| 16. | | | |
| 17. | | | |
| 18. | | | |
| Stempel der Apotheke | | Tag | Mon. |
| 1. | 2. | 3. | 4. |
| 19. | | | |
| 20. | | | |
| 21. | | | |
| 22. | | | |
| 23. | | | |
| 24. | | | |
| 25. | | | |
| 26. | | | |
| 27. | | | |
| 28. | | | |
| 29. | | | |
| 30. | | | |
| 31. | | | |

**Dauerverschreibung
 Beispiel 2**

GKK W

Betr.-KK _____

A B VAEB

BVA (öff. Bed.)

.. gew. Wirtsch. _____

Bauern _____

Zutreffendes Feld markieren:
 Substitutions-EINZEL-verschreibung
 Substitutions-DAUER-verschreibung **X**
 -> dem Amtsarzt vorzulegen

192083 468506

1 5 7

Erwerbstätig Selbst-versichert Arbeitslos **X**

Pensionist(in)

Kriegshinterbliebene(r)

Aussteller – Bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familienname(n) _____ Vorname(n) _____ Versicherungsnummer _____

Patient 1111 01 01 81
 Tag Monat Jahr

Maximiliane Musterfrau

Anschrift

1010 Wien; Musterstraße 1

Versicherter (Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist) _____
 Tag Monat Jahr

Ausstellungsdatum 21 09 18
 Tag Monat Jahr

Buprenorphin Hexal 8mg (acht) Subling. Tbl.
 OP II (zwei) zu 30 (dreißig) Stk.

Tägliche Dosierung und Abgabemodus

S.: Tägliche Einnahme unter Sicht in der Apotheke.
 Am Sa. für So. und für Feiertage mitgeben.

Taxsumme _____

Rezept-Nr. _____

Anzahl d. Rp.-Geb. _____

TD: 16mg

Hinweise siehe Rückseite!

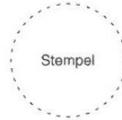
SUBSTITUTIONS-VERSCHREIBUNG

Gültig nach Vidierung durch den Amtsarzt für einen Monat

(Siehe Rückseite, Hinweise Punkt A.3.)

von 03 10 18 bis 01 11 18 30 2
 Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr insgesamt mal OP/Monat
 entspricht insgesamt

Vidierung durch den Amtsarzt



Dr. Carlo Opioido

Arzt für Allgemeinmedizin;

1010 Wien

Arztgasse 1, Tel.: 01-11 11 11

Dr. Carlo Opioido

| Datum und Unterschrift | | Arztstempel bei Rezeptgebührenfreiheit | |
|------------------------|------|--|------|
| Tag | Mon. | Abgabebestätigung (Signum) | |
| 14. | | | |
| 15. | | | |
| 16. | | | |
| 17. | | | |
| 18. | | | |
| Stempel der Apotheke | | Tag | Mon. |
| 1. | 2. | 19. | |
| 2. | | 20. | |
| 3. | | 21. | |
| 4. | | 22. | |
| 5. | | 23. | |
| 6. | | 24. | |
| 7. | | 25. | |
| 8. | | 26. | |
| 9. | | 27. | |
| 10. | | 28. | |
| 11. | | 29. | |
| 12. | | 30. | |
| 13. | | 31. | |

**Dauerverschreibung
 Beispiel 3**

GKK W

Betr.-KK _____

A B VAEB

BVA (öff. Bed.)

.. gew. Wirtsch. _____

Bauern _____

Zutreffendes Feld markieren:

Substitutions-EINZEL-verschreibung

Substitutions-DAUER-verschreibung

→ verschreibung dem Amtsarzt vorzulegen

192083 468506

1 5 7

Erwerbstätig Selbst-versichert Arbeitslos

Pensionist(in)

Kriegshinterbliebene(r)

Aussteller – Bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familienname(n) _____ Vorname(n) _____ Versicherungsnummer _____

Patient 1111 01 01 81

Tag Monat Jahr

Maximiliane Musterfrau

Anschrift

1010 Wien; Musterstraße 1

Versicherter (Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist) _____

Tag Monat Jahr

Ausstellungsdatum 21 09 18

Tag Monat Jahr

Bupensan 8mg (acht) Subling. Tbl.

OP I (eins) zu 28 (achtundzwanzig) Stk.

Bupensan 4mg (vier) Subling. Tbl.

OP I (eins) zu 28 (achtundzwanzig) Stk.

Tägliche Dosierung und Abgabemodus

S.: Tägliche Einnahme unter Sicht in der Apotheke.
Am Sa. für So. und für Feiertage mitgeben.

Taxsumme _____

Rezept-Nr. _____

Anzahl d. Rp.-Geb. _____

TD: 12mg

Hinweise siehe Rückseite!

SUBSTITUTIONS-VERSCHREIBUNG

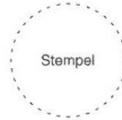
Gültig nach Vidierung durch den Amtsarzt für einen Monat

(Siehe Rückseite, Hinweise Punkt A.3.)

von 03 10 18 bis 30 10 18 28 2 mal 2 OP/Monat

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr insgesamt entspricht insgesamt

Vidierung durch den Amtsarzt



Dr. Carlo Opioido

Arzt für Allgemeinmedizin;

1010 Wien

Arztgasse 1, Tel.: 01-11 11 11

Dr. Carlo Opioido

| Datum und Unterschrift | | Arztstempel bei Rezeptgebührenfreiheit | |
|------------------------|------|--|------|
| Tag | Mon. | Abgabebestätigung (Signum) | |
| 14. | | | |
| 15. | | | |
| 16. | | | |
| 17. | | | |
| 18. | | | |
| Stempel der Apotheke | | Tag | Mon. |
| Tag | Mon. | Abgabebestätigung (Signum) | |
| 1. | | 19. | |
| 2. | | 20. | |
| 3. | | 21. | |
| 4. | | 22. | |
| 5. | | 23. | |
| 6. | | 24. | |
| 7. | | 25. | |
| 8. | | 26. | |
| 9. | | 27. | |
| 10. | | 28. | |
| 11. | | 29. | |
| 12. | | 30. | |
| 13. | | 31. | |

**Dauerverschreibung
Beispiel 3**

GKK **W**

Betr.-KK _____

A B VAEB

BVA (öff. Bed.)

.. gew. Wirtsch. _____

Bauern _____

Zutreffendes Feld markieren:

Substitutions-EINZEL-verschreibung

Substitutions-DAUER-verschreibung

→ dem Amtsarzt vorzulegen

192083 468506

1 5 7

Erwerbstätig

Selbst-versichert

Arbeitslos

Pensionist(in)

Kriegshinterbliebene(r)

Aussteller – Bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familienname(n) _____ Vorname(n) _____ Versicherungsnummer _____

Patient 1111 01 01 81

Tag Monat Jahr

Maximiliane Musterfrau

Anschrift

1010 Wien; Musterstraße 1

Versicherter (Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist) _____

Tag Monat Jahr

Ausstellungsdatum 21 09 18

Tag Monat Jahr

Methadoni hydrochlorici 0,08g

(achzig Milligramm)

Solve in aqua dest. ad 25,0g

Adde sirup simpl. 5,0g

Tägliche Dosierung und Abgabemodus

**S.: Tägliche Einnahme unter Sicht in der Apotheke.
Am Sa. für So. und für Feiertage mitgeben.**

Taxsumme _____

Rezept-Nr. _____

Anzahl d. Rp.-Geb. _____

TD: 80 mg

Hinweise siehe Rückseite!

SUBSTITUTIONS-VERSCHREIBUNG

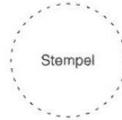
Gültig nach Vidierung durch den Amtsarzt für einen Monat

(Siehe Rückseite, Hinweise Punkt A.3.)

von 03 10 18 bis 01 11 18 30 / OP/Monat

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr insgesamt entspricht insgesamt

Vidierung durch den Amtsarzt



Dr. Carlo Opioido

Arzt für Allgemeinmedizin;

1010 Wien

Arztgasse 1, Tel.: 01-11 11 11

Dr. Carlo Opioido

| Datum und Unterschrift | | Arztstempel bei Rezeptgebührenfreiheit | |
|------------------------|------|--|--|
| Tag | Mon. | Abgabebestätigung (Signum) | |
| 14. | | | |
| 15. | | | |
| 16. | | | |
| 17. | | | |
| 18. | | | |
| Stempel der Apotheke | | Arztstempel bei Rezeptgebührenfreiheit | |
| Tag | Mon. | Abgabebestätigung (Signum) | |
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| 7. | | | |
| 8. | | | |
| 9. | | | |
| 10. | | | |
| 11. | | | |
| 12. | | | |
| 13. | | | |

**Dauerverschreibung
Beispiel 4**

GKK **W**

Betr.-KK _____

A B VAEB

BVA (öff. Bed.)

.. gew. Wirtsch. _____

Bauern _____

Zutreffendes Feld markieren:
 Substitutions-EINZEL-verschreibung
 Substitutions-DAUER-verschreibung
 -> dem Amtsarzt vorzulegen

192083 468506

1 Erwerbstätig
 5 Pensionist(in)
 7 Kriegshinterbliebene(r)

Selbst-versichert
 Arbeitslos

Aussteller – Bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familienname(n) _____ Vorname(n) _____ Versicherungsnummer _____

Patient 1111 01 01 81
 Tag Monat Jahr

Maximiliane Musterfrau

Anschrift

1010 Wien; Musterstraße 1

Versicherter (Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist) _____
 Tag Monat Jahr

Ausstellungsdatum 21 09 18
 Tag Monat Jahr

Methasan Konzentrat zur Substitution 10mg/ml
 OP I (eins) zu 100 (einhundert) ml und OP I
 (eins) zu 150 (einhundertfünfzig) ml

Methasan-Konzentrat 8ml
 Aqua dest. ad 25,0
 Sirup simplex 5,0g

Tägliche Dosierung und Abgabemodus

S.: Tägliche Einnahme unter Sicht in der Apotheke.
 Am Sa. für So. und für Feiertage mitgeben.

Taxsumme _____

Rezept-Nr. _____

Anzahl d. Rp.-Geb. _____

Hinweise siehe Rückseite!

TD: 8ml (= 80 mg)

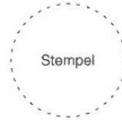
SUBSTITUTIONS-VERSCHREIBUNG

Gültig nach Vidierung durch den Amtsarzt für einen Monat

(Siehe Rückseite, Hinweise Punkt A.3.)

von 03 10 18 bis 01 11 18 30 2
 Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr insgesamt mal OP/Monat
 entspricht insgesamt

Vidierung durch den Amtsarzt



Dr. Carlo Opioido

Arzt für Allgemeinmedizin;

1010 Wien

Arztgasse 1, Tel.: 01-11 11 11

Dr. Carlo Opioido

| Datum und Unterschrift | | Arztstempel bei Rezeptgebührenfreiheit | |
|------------------------|------|--|--|
| Tag | Mon. | Abgabebestätigung (Signum) | |
| 14. | | | |
| 15. | | | |
| 16. | | | |
| 17. | | | |
| 18. | | | |
| Stempel der Apotheke | | Arztstempel bei Rezeptgebührenfreiheit | |
| Tag | Mon. | Abgabebestätigung (Signum) | |
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| 7. | | | |
| 8. | | | |
| 9. | | | |
| 10. | | | |
| 11. | | | |
| 12. | | | |
| 13. | | | |

**Dauerverschreibung
 Beispiel 5**

| Methadon Tagesdosis in mg | Menge Methasan®- Konzentrat ml pro Tag | Reichweite in Tagen pro Packungsgröße | | | Notwendige Packungsgrößen zur bestmög- lichen Deckung des Monatsbedarfs bei gleichbleibender |
|---------------------------------|--|---------------------------------------|--------|--------|---|
| | | 100 ml | 150 ml | 300 ml | |
| 30 | 3 | 33 | | | 100 ml OP I |
| 40 | 4 | 25 | 37 | | 150 ml OP I |
| 50 | 5 | 20 | 30 | | 150 ml OP I |
| 60 | 6 | 16 | 25 | | 100 ml OP II |
| 70 | 7 | 14 | 21 | | 100 ml OP II |
| 80 | 8 | 12 | 18 | 37 | 100 ml OP I + 150 ml C |
| 90 | 9 | 11 | 16 | 33 | 300 ml OP I |
| 100 | 10 | 10 | 15 | 30 | 300 ml OP I |
| 110 | 11 | 9 | 13 | 27 | 300 ml OP I |
| 120 | 12 | 8 | 12 | 25 | 300 ml OP I + 100 ml C |
| 130 | 13 | 7 | 11 | 23 | 300 ml OP I + 100 ml C |
| 140 | 14 | 7 | 10 | 21 | 300 ml OP I + 150 ml C |
| 150 | 15 | 6 | 10 | 20 | 300 ml OP I + 150 ml C |
| 160 | 16 | 6 | 9 | 18 | 300 ml OP I + 100 ml C |
| 170 | 17 | 5 | 8 | 17 | 300 ml OP I + 150 ml OP I + 100 ml C |
| 180 | 18 | 5 | 8 | 16 | 300 ml OP II |
| 190 | 19 | 5 | 7 | 15 | 300 ml OP II |
| 200 | 20 | 5 | 7 | 15 | 300 ml OP II |

GKK **W**

Betr.-KK _____

A B VAEB

BVA (öff. Bed.)

.. gew. Wirtsch. _____

Bauern _____

Zutreffendes Feld markieren:

Substitutions-EINZEL-verschreibung

Substitutions-DAUER-verschreibung

Substitutions-verschreibung dem Amtsarzt vorzulegen

192083 468506

1 5 7

Erwerbstätig

Selbst-versichert

Arbeitslos

Pensionist(in)

Kriegshinterbliebene(r)

Aussteller – Bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familienname(n) _____ Vorname(n) _____ Versicherungsnummer _____

Patient 1111 01 01 81

Tag Monat Jahr

Maximiliane Musterfrau

Anschrift

1010 Wien; Musterstraße 1

Versicherter (Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist) _____

Tag Monat Jahr

Ausstellungsdatum 21 09 18

L-Polamidon Lösung zur Substitution 5mg/ml
OP I (eins) zu 300 (dreihundert) ml

L-Polamidon Lösung 9ml
Aqua dest. ad 25,0
Sirup simplex 5,0g

Tägliche Dosierung und Abgabemodus

S.: Tägliche Einnahme unter Sicht in der Apotheke.
Am Sa. für So. und für Feiertage mitgeben.

Taxsumme _____

Rezept-Nr. _____

Anzahl d. Rp.-Geb. _____

Hinweise siehe Rückseite!

TD: 9ml (= 45 mg)

SUBSTITUTIONS-VERSCHREIBUNG

Gültig nach Vidierung durch den Amtsarzt für einen Monat

(Siehe Rückseite, Hinweise Punkt A.3.)

03 10 18 bis 01 11 18 30 1

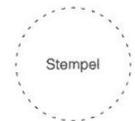
von Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr insgesamt mal OP/Monat entspricht insgesamt

Vidierung durch den Amtsarzt

Dr. Carlo Opioido

Arzt für Allgemeinmedizin;
1010 Wien
Arztgasse 1, Tel.: 01-11 11 11

Dr. Carlo Opioido



| Datum und Unterschrift | | Arztstempel bei Rezeptgebührenfreiheit | |
|------------------------|------|--|--|
| Tag | Mon. | Abgabebestätigung (Signum) | |
| 14. | | | |
| 15. | | | |
| 16. | | | |
| 17. | | | |
| 18. | | | |
| Stempel der Apotheke | | Arztstempel bei Rezeptgebührenfreiheit | |
| Tag | Mon. | Abgabebestätigung (Signum) | |
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| 7. | | | |
| 8. | | | |
| 9. | | | |
| 10. | | | |
| 11. | | | |
| 12. | | | |
| 13. | | | |

Dauerverschreibung
Beispiel 6

Ökonomische Verschreibung von L-Polamidon® Lösung zur Substitution

Reichweite in Tagen bei Verwendung von:

| Tagesdosis Methadon in mg | Tagesdosis L-Polamidon® 5 mg \triangleq 1 ml | OP I 100 ml für | OP II 100 ml für | OP I 300 ml für |
|-------------------------------------|--|---------------------------|----------------------------|---------------------------|
| 30 mg | 15 mg \triangleq 3 ml | 33 Tage | | |
| 40 mg | 20 mg \triangleq 4 ml | 25 Tage | | |
| 50 mg | 25 mg \triangleq 5 ml | 20 Tage | 40 Tage | |
| 60 mg | 30 mg \triangleq 6 ml | 16 Tage | 33 Tage | |
| 70 mg | 35 mg \triangleq 7 ml | 14 Tage | 28 Tage | |
| 80 mg | 40 mg \triangleq 8 ml | | 25 Tage | 37 Tage |
| 90 mg | 45 mg \triangleq 9 ml | | 22 Tage | 33 Tage |
| 100 mg | 50 mg \triangleq 10 ml | | 20 Tage | 30 Tage |
| 110 mg | 55 mg \triangleq 11 ml | | 18 Tage | 27 Tage |

GKK **W**

Betr.-KK _____

A B VAEB

BVA (öff. Bed.)

.. gew. Wirtsch. _____

Bauern _____

Zutreffendes Feld markieren:
 Substitutions-EINZEL-verschreibung
 Substitutions-DAUER-verschreibung
 verschreibung dem Amtsarzt vorzulegen

192083 468506

1 5 7

Erwerbstätig
 Selbst-versichert
 Arbeitslos

Pensionist(in)
 Kriegshinterbliebene(r)

Aussteller – Bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familienname(n) _____ Vorname(n) _____ Versicherungsnummer _____

Patient 1111 01 01 81
 Tag Monat Jahr

Maximiliane Musterfrau

Anschrift

1010 Wien; Musterstraße 1

Versicherter (Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist) _____
 Tag Monat Jahr

Ausstellungsdatum 21 09 18
 Tag Monat Jahr

Levo-Methasan Konzentrat zur Substitution
 5mg/ml OP I (eins) zu 300 (dreihundert) ml

Levo-Methasan Lösung 9ml
 Aqua dest. ad 25,0
 Sirup simplex 5,0g

Tägliche Dosierung und Abgabemodus

S.: Tägliche Einnahme unter Sicht in der Apotheke.
 Am Sa. für So. und für Feiertage mitgeben.

Taxsumme _____

Rezept-Nr. _____

Anzahl d. Rp.-Geb. _____

TD: 9ml (= 45 mg)

Hinweise siehe Rückseite!

SUBSTITUTIONS-VERSCHREIBUNG

Gültig nach Vidierung durch den Amtsarzt für einen Monat

(Siehe Rückseite, Hinweise Punkt A.3.)

von 03 10 18 bis 01 11 18 30 1
 Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr insgesamt mal OP/Monat
 entspricht insgesamt

Vidierung durch den Amtsarzt



Dr. Carlo Opioido

Arzt für Allgemeinmedizin;

1010 Wien

Arztgasse 1, Tel.: 01-11 11 11

Dr. Carlo Opioido

| Datum und Unterschrift | | Arztstempel bei Rezeptgebührenfreiheit | |
|------------------------|------|--|--|
| Tag | Mon. | Abgabebestätigung (Signum) | |
| 14. | | | |
| 15. | | | |
| 16. | | | |
| 17. | | | |
| 18. | | | |
| Stempel der Apotheke | | Abgabebestätigung (Signum) | |
| Tag | Mon. | Abgabebestätigung (Signum) | |
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| 7. | | | |
| 8. | | | |
| 9. | | | |
| 10. | | | |
| 11. | | | |
| 12. | | | |
| 13. | | | |

Dauerverschreibung
 Beispiel 7

| Methadon- Tagesdosis in mg ¹ | Levomethadon- Tagesdosis (mg) $\hat{=}$ Levo-Methasan®- Konzentrat (ml) 5 mg = 1 ml | Reichweite in Tagen pro Packungsgröße | | | Notwendige Packungsgrößen zur Erreichung des Monatsbedarfs bei Dosierung |
|---|--|---------------------------------------|--------|--------|--|
| | | 100 ml | 150 ml | 300 ml | |
| 30 | 15 mg = 3 ml | 33 | | | 100 ml OP I |
| 40 | 20 mg = 4 ml | 25 | 37 | | 150 ml OP I |
| 50 | 25 mg = 5 ml | 20 | 30 | | 150 ml OP I |
| 60 | 30 mg = 6 ml | 16 | 25 | | 100 ml OP II |
| 70 | 35 mg = 7 ml | 14 | 21 | | 100 ml OP II |
| 80 | 40 mg = 8 ml | 12 | 18 | 37 | 100 ml OP I + 150 ml OP I |
| 90 | 45 mg = 9 ml | 11 | 16 | 33 | 300 ml OP I |
| 100 | 50 mg = 10 ml | 10 | 15 | 30 | 300 ml OP I |
| 110 | 55 mg = 11 ml | 9 | 13 | 27 | 300 ml OP I + 100 ml OP I |
| 120 | 60 mg = 12 ml | 8 | 12 | 25 | 300 ml OP I + 100 ml OP I |
| 130 | 65 mg = 13 ml | 7 | 11 | 23 | 300 ml OP I + 100 ml OP I |
| 140 | 70 mg = 14 ml | 7 | 10 | 21 | 300 ml OP I + 150 ml OP I |
| 150 | 75 mg = 15 ml | 6 | 10 | 20 | 300 ml OP I + 150 ml OP I |
| 160 | 80 mg = 16 ml | 6 | 9 | 18 | 300 ml OP I + 100 ml OP I |
| 170 | 85 mg = 17 ml | 5 | 8 | 17 | 300 ml OP I + 150 ml OP I + 100 ml OP I |
| 180 | 90 mg = 18 ml | 5 | 8 | 16 | 300 ml OP II |
| 190 | 95 mg = 19 ml | 5 | 7 | 15 | 300 ml OP II |
| 200 | 100 mg = 20 ml | 5 | 7 | 15 | 300 ml OP II |

¹Umstellung von Methadon auf Levomethadon: Dosisverhältnis 2:1

GKK **W**

Betr.-KK _____

A B VAEB

BVA (öff. Bed.)

.. gew. Wirtsch. _____

Bauern _____

Zutreffendes Feld markieren:

Substitutions-Einzelverschreibung X

Substitutions-DAUER-verschreibung dem Amtsarzt vorzulegen

192083 468506

1 Erwerbstätig

5 Pensionist(in)

7 Kriegshinterbliebene(r)

2 Selbstversichert

3 Arbeitslos

Aussteller – Bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familienname(n) _____ Vorname(n) _____ Versicherungsnummer _____

Patient 1111 01 01 81

Tag Monat Jahr

Maximiliane Musterfrau

Anschrift

1010 Wien; Musterstraße 1

Versicherter (Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist) _____

Tag Monat Jahr

Ausstellungsdatum 20 10 18

EINSTELLUNGSPHASE

Substitol retard 120mg (einhundertzwanzig) Kps.
OP I (eins) zu 10 (zehn) Stk.

Tägliche Dosierung und Abgabemodus

S.: Am 23.10. 240mg, am 24.10. 360mg und
am 25.10. 480mg in der Apotheke einnehmen.

Taxsumme _____

Rezept-Nr. _____

Anzahl d. Rp.-Geb. _____

TD am 23.10.18: 240mg
TD am 24.10.18: 360mg
TD am 25.10.18: 480mg

Hinweise siehe Rückseite!

SUBSTITUTIONS-VERSCHREIBUNG

Gültig nach Vidierung durch den Amtsarzt für einen Monat

(Siehe Rückseite, Hinweise Punkt A.3.)

von 23 10 18 bis 25 10 18 3 mal 1 OP/Monat

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr insgesamt entspricht insgesamt

Vidierung durch den Amtsarzt



Dr. Carlo Opioido

Arzt für Allgemeinmedizin;

1010 Wien

Arztgasse 1, Tel.: 01-11 11 11

Dr. Carlo Opioido

| Datum und Unterschrift | | Arztstempel bei Rezeptgebührenfreiheit | |
|------------------------|------|--|--|
| Tag | Mon. | Abgabebestätigung (Signum) | |
| 14. | | | |
| 15. | | | |
| 16. | | | |
| 17. | | | |
| 18. | | | |
| Stempel der Apotheke | | Arztstempel bei Rezeptgebührenfreiheit | |
| Tag | Mon. | Abgabebestätigung (Signum) | |
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| 7. | | | |
| 8. | | | |
| 9. | | | |
| 10. | | | |
| 11. | | | |
| 12. | | | |
| 13. | | | |

**Einzelverschreibung
Beispiel 1a**

Chefarztpflichtig!

GKK **W**

Betr.-KK _____

A B VAEB

BVA (öff. Bed.)

.. gew. Wirtsch. _____

Bauern _____

Zutreffendes Feld markieren:

Substitutions-
EINZEL-
verschreibung **X**

Substitutions-
DAUER-
verschreibung
-> verschreibung
dem Amtsarzt
vorzulegen

192083 468506

1 5 7

Erwerbstätig
Selbst-
versichert
Arbeitslos **X**

Pensionist(in)

Kriegshinter-
bliebene(r)

Aussteller – Bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familienname(n) _____ Vorname(n) _____ Versicherungsnummer _____

Patient 1111 01 01 81
Tag Monat Jahr

Maximiliane Musterfrau

Anschrift

1010 Wien; Musterstraße 1

Versicherter (Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist) _____
Tag Monat Jahr

Ausstellungsdatum 20 10 18
Tag Monat Jahr

EINSTELLUNGSPHASE

Mundidol UNO retard 120mg
(einhundertzwanzig) Kps.

OP I (eins) zu 10 (zehn) Stk.

Tägliche Dosierung und Abgabemodus

S.: Am 23.10. 240mg, am 24.10. 360mg und
am 25.10. 480mg in der Apotheke einnehmen.

Taxsumme _____

Rezept-Nr. _____

Anzahl d. Rp.-Geb. _____

TD am 23.10.18: 240mg
TD am 24.10.18: 360mg
TD am 25.10.18: 480mg

Hinweise siehe Rückseite!

**SUBSTITUTIONS-
VERSCHREIBUNG**

Gültig nach Vidierung
durch den Amtsarzt für einen Monat

(Siehe Rückseite, Hinweise Punkt A.3.)

von 23 10 18 bis 25 10 18 3 mal 1 OP/Monat
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr insgesamt entspricht insgesamt

Vidierung durch den Amtsarzt



Dr. Carlo Opioido

Arzt für Allgemeinmedizin;

1010 Wien

Arztgasse 1, Tel.: 01-11 11 11

Dr. Carlo Opioido

| Datum und Unterschrift | | Arztstempel bei Rezeptgebührenfreiheit | |
|------------------------|------|--|--|
| Tag | Mon. | Abgabebestätigung (Signum) | |
| 14. | | | |
| 15. | | | |
| 16. | | | |
| 17. | | | |
| 18. | | | |
| Stempel der Apotheke | | Arztstempel bei Rezeptgebührenfreiheit | |
| Tag | Mon. | Abgabebestätigung (Signum) | |
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| 7. | | | |
| 8. | | | |
| 9. | | | |
| 10. | | | |
| 11. | | | |
| 12. | | | |
| 13. | | | |

**Einzelverschreibung
Beispiel 1b**

GKK **W**

Betr.-KK _____

A B VAEB

BVA (öff. Bed.)

.. gew. Wirtsch. _____

Bauern _____

Zutreffendes Feld markieren:
 Substitutions-
 Einzel-
 verschreibung **X**

Substitutions-
 DAUER-
 verschreibung
 dem Amtsarzt
 vorzulegen

1 5 7

Erwerbstätig
 Selbst-
 versichert **X**

Pensionist(in)

Kriegshinter-
 bliebene(r)

Aussteller – Bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familienname(n) _____ Vorname(n) _____ Versicherungsnummer _____

Patient 1111 01 01 81

Tag Monat Jahr



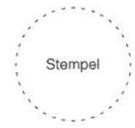
**SUBSTITUTIONS-
 VERSCHREIBUNG**

**Gültig nach Vidierung
 durch den Amtsarzt für einen Monat**

(Siehe Rückseite, Hinweise Punkt A.3.)

von 23 10 18 bis 25 10 18 3 mal 2 OP/Monat
 Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr insgesamt entspricht insgesamt

Vidierung durch den Amtsarzt



Dr. Carlo Opioido
 Arzt für Allgemeinmedizin;
 1010 Wien
 Arztgasse 1, Tel.: 01-11 11 11

Dr. Carlo Opioido

| Datum und Unterschrift | | Arztstempel bei Rezeptgebührenfreiheit | |
|------------------------|------|--|--|
| Tag | Mon. | Abgabebestätigung (Signum) | |
| 14. | | | |
| 15. | | | |
| 16. | | | |
| 17. | | | |
| 18. | | | |
| Stempel der Apotheke | | Arztstempel bei Rezeptgebührenfreiheit | |
| Tag | Mon. | Abgabebestätigung (Signum) | |
| 19. | | | |
| 20. | | | |
| 21. | | | |
| 22. | | | |
| 23. | | | |
| 24. | | | |
| 25. | | | |
| 26. | | | |
| 27. | | | |
| 28. | | | |
| 29. | | | |
| 30. | | | |
| 31. | | | |

Maximiliane Musterfrau

Anschrift
1010 Wien; Musterstraße 1

Versicherter (Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist) _____
 Tag Monat Jahr

Ausstellungsdatum 20 10 18

EINSTELLUNGSPHASE

Bupensan 4mg (vier) Subling. Tbl.
 OP II (zwei) zu 7 (sieben) Stk.

Tägliche Dosierung und Abgabemodus

S.: Am 23.10. 8mg, am 24.10. 12mg und am
 25.10. 16mg in der Apotheke einnehmen.

Taxsumme _____

Rezept-Nr. _____

Anzahl d. Rp.-Geb. _____

TD am 23.10.18: 8mg
 TD am 24.10.18: 12mg
 TD am 25.10.18: 16mg

Hinweise siehe Rückseite!

**Einzelverschreibung
 Beispiel 2**

Chefarztpflichtig!

Dauerverschreibung

Fallbeispiel ...1

Frau 34a:

Monatsrezept über 110mg Methadon Razemat

Fallbeispiel ...2

Mann 47a:

Monatsrezept über 16mg Buprenorphin

Fallbeispiel ...3

Frau 51a:

Verifizierte Vorbehandlung mit 70mg Methadon-Razemat.

Umstellung auf Levomethadon

a.) Monatsrezept

b.) 14-Tagesrezept

Überbrückung/Einstellung

Fallbeispiel ...1

Mann 26a:

Pat. kommt in die Freitag-Nachmittagsordination.

Dauerrezept endet am selben Tag. Anschlussrezept wurde verpasst.

TD: 600 mg Morphin ret.

a.)

b.)

Fallbeispiel ...2

Mann 48a:

Seit 15 Jahren substituiert, Morphin retard 800mg, Sertralin 50mg (1-0-0), Mirtazapin 30mg (0-0-1)., Hep C chron., wohnt im Haus Hermes, Kommt 10 Tage zu spät zum Anschlussrezept.

a.)

b.)

Fallbeispiel ...3

Frau 23a:

Seit 19. LJ Heroin - dzt. 3g nasal/die, Kokain gelegentlich,
Schule abgebrochen, arbeitet als Kellnerin, Schulden, Jobverlust droht
→ möchte substituiert werden.

Diag.: F11.2, HT: Morph. pos; Coc. pos.;

Patientin kennt Morphin retard von Bekannten → möchte darauf
eingestellt werden.

- a.) Morphin retard
- b.) Levomethadon
- c.) Buprenorphin

Abgabemodus/Mitgabe

Fallbeispiel ...1

Mann 36a:

Vollzeitbeschäftigt, Familie mit 2 Kindern, Gemeindewohnung.

Aktuell Heroin nasal

Ersteinstellung auf Morphin ret.

Zieldosis 600 mg

Abgabemodus?

Fallbeispiel ...2

Frau 34a:

Teilzeitbeschäftigung (8:00 – 13:00) in Wien.

- a.) Erstkontakt, Neu-Einstellung auf Morphin ret. 520mg
- b.) seit 2 Jahren in OST. Keine besonderen Vorfälle. Hat 2 Kinder, die sie am Nachmittag aus dem Hort holen muss.
- c.) seit 2 Jahren in OST, ca. 1x/Mo. Überbrückungsbrief vom „Jedmayer“.

Fallbeispiel ...3

Mann 28a:

AMS-Kurs Wien (9:00-15:00)

seit 1a 16mg Buprenorphin

Möchte 1x wöchentliche Abgabe von 7 TDen

Fallbeispiel ...4

Frau 51a:

Mindestsicherung

Seit 5a stabil substituiert mit 50mg Levomethadon

Möchte Urlaubs-Mitgabe für 3 Wochen

- a.) Kärnten
- b.) Spanien
- c.) Ägypten

Fallbeispiel ...5

Frau 541a:

Monteur, eigene Wohnung, Lebensgefährtin

Seit 6a stabil substituiert mit 800mg Morphin ret. Keine Auffälligkeiten.

Muss mit seiner Firma für 8 Wochen auf Montage nach

a.) Polen

b.) Kanada

Benzodiazepine

A B VAEB
 BVA (öf. Bed.)
 .. gew. Wirtsch.
 Bauern

644606 059215
 1 5 7
 Erwerbstätig Arbeitslos Pensionist/in Kriegshinterbliebener
 Aussteller/in - bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familien- oder Nachname/n Vorname/n Versicherungsnummer

Rezeptbeispiel - Oxazepam

Versicherte/r
 (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)

Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)

Taxe Gültig: 1 Monat ab Verordnung Datum: 10.10.2018
 Rp.
PRAXITEN TBL 50mg
 OP I (eine) à 100 Stück
 OP I (eine) a 20 Stück

 Tägliche Abgabe von 4 ST Praxiten
 gemeinsam mit der Substitution
 gültig von 11.10.-09.11.2018

 Necessae est!
 Bewilligt ABS WGKK

 Sig: 1-1-2

Rezeptgebühr
 ambulatorium
suchthilfe wien
 DVR: 0628395

Anzahl
 A-1060 Wien, Gumpendorfer Gürtel 8
 44-606 Tel. 01/4000 53-760

Stempel der Apotheke/Hausapotheke
 Stempel und Unterschrift des Arztes
 Arztstempel
suchthilfe wien
 A-1060 Wien, Gumpendorfer Gürtel 8
 44-606 Tel. 01/4000 53-760

12/10.23.03.2010

GKK
Btr KK



Mitglieds-Nr.

- A B VAEB
- BVA (off. Bed.)
- ... gew. Wirtsch.
- Bauern

| | | |
|---|------------------|---------------------------------|
| 1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstversichert | 6 Pensions/in | 7 Kriegshinter- bliebener |
|---|------------------|---------------------------------|

Versicherte/r
(Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)

Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)

Taxe
Gültig: 1 Monat ab Verordnung Datum: 31.08.2018
Rp.
ANXIOLIT TBL FTE 50MG
OP V (fünf) à 30 (dreissig) Stück

S. 2-1-2
tägliche Abgabe von 5 Stück (TD 250mg)
gemeinsam mit der Substitution erbeten.

Von 11.09-10.10.2018
Necesse est!
Bewilligt laut ABS-Bescheid

Rezeptgebühr

DVR: 0628395

Anzahl

ambulatorium
Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
060
01/4300 53-160

Stempel der Apotheke/Hausapotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung

Rezeptbeispiel - Oxazepam

GKK **W**
Btr **KK**



959687 364357

Mitglieds-Nr

A B VAEB

BVA (off. Bed.)

... gew. Wirtschaft

Erwerbstätig
Arbeits-
Selbstversichert

Pensionist/in

Kriegsinter-
biene/n

GKK **W**
Btr **KK**



959687 364258

Mitglieds-Nr

A B VAEB

BVA (off. Bed.)

... gew. Wirtschaft

Erwerbstätig
Arbeits-
Selbstversichert

Pensionist/in

Kriegsinter-
biene/n

Versicherte/r

(Nur auszufüllen, wenn Patient/in eine Angehörige/r ist)

Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)

AMS, 1200 Wien

Taxe

Gültig: 1 Monat ab Verordnung Datum:
Rp

16.07.2018

PRAXITEN TBL 50MG

a' 100ST OP:1 Sig:2-1-2-0

Bg: Benzodiazepinbeikonsum
2-1-2-0

gilt als Auseinzelung

Necesse est

26.07.2018-24.08.2018

Rezeptgebühr

Anzahl

Stempel der Apotheke/Hausapotheke

12/10.23.03.2010

Versicherte/r

(Nur auszufüllen, wenn Patient/in eine Angehörige/r ist)

Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)

AMS, 1200 Wien

Taxe

Gültig: 1 Monat ab Verordnung Datum:
Rp

16.07.2018

PRAXITEN TBL 50MG

a' 20ST OP:3 Sig:2-1-2

Bg: Benzodiazepinbeikonsum

Rezept bleibt in Apotheke

Abgabe zS mit Substitution

26.07.2018-24.08.2018

Necesse est

Rezeptgebühr

Anzahl

Stempel der Apotheke/Hausapotheke

12/10.23.03.2010

Fallbeispiel ...1

Mann 26a,:

Praxiten[®] 50mg

Monatsration

Auseinzelung

TD 150 mg

Fallbeispiel ...2

Frau 34a:

Rohypnol® 1mg

Monatsration

Auseinzelung

TD 6mg

Fallbeispiel ...3

Frau 51a:

Rivotril[®] 2mg

Monatsration

Auseinzelung

TD 6mg

Fallbeispiel ...4

Mann 27a:

Ivadal 10mg

Monatsration

TD: 0-0-0-3

**Danke für Ihre
Aufmerksamkeit!**