

**METADON – FENNTARTÓ KEZELÉSI SZERZŐDÉS**

Név: .....  
Szül. idő: .....  
Anyja neve: .....  
Lakcím: .....

**A metadon – programban való részvétel feltétele:**

- bizonyítottan hosszú távú ópiátdependencia
- szakorvos által meghatározott vizsgálatok  
(három hónapnál nem régebbi EKG, tüdőszűrő és labor eredmény)
- a szükséges metadon adag beállítása orvosi kompetencia

**A kezelés feltételei:**

1. A Metadon bevétele céljából megadott napokon kell jelentkezni a drogambulancián.  
Metadon kezelés a következő időpontokban történik:  
Hétköznap hétfő, szerda és péntek 8-9 óra között  
Ettől eltérő időpontban Metadon kiadásra nincs lehetőség!
2. A metadon bevétele folyékony formában a helyszínen történik.
3. Évente **Hepatitis** és **AIDS** szűrés kötelező
4. Rendszeres vizeletvizsgálat
5. A kezelés kezdetekor a kliensek mentorhoz kerülnek, akivel a rendszeres kapcsolattartás és együttműködés kötelező
6. Anyagi károkozás esetén az okozott kár összegének megtérítése kötelező

**A metadon programból való kizáráshoz vezet:**

1. Agresszív kommunikáció, illetve viselkedés
2. Egymást követő három napon keresztül nem jelenik meg a metadon kezelésen

Az ambulancia munkatársai vállalják, hogy a kezelés alatt tudomásukra jutott információkat titoktartással kezelik, az érvényben lévő adatvédelmi törvénynek megfelelően.

A Metadon alkalmazásának és pszicho-motoros teljesítményt befolyásoló hatásának időtartama alatt járművet vezetni, vagy baleseti veszéllyel járó munkát végezni tilos!

A fenti feltételeket megértettem és elfogadom, a Metadon kezelés hatásairól és mellékhatásairól felvilágosítást kaptam.

Miskolc, 20 .....

.....  
Kliens aláírása

.....  
Ambulancia vezető aláírása