



SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG
FORMULAR WEITERFÜHRUNG (VERLAUF) / MUTATION

Kantonsinterne Patientennummer
(durch den Kantonsärztlichen Dienst auszufüllen):

.....

ADMINISTRATIVE ANGABEN

PATIENTIN/PATIENT

Geschlecht 1 männlich 2 weiblich

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (Tag/Monat/Jahr)

Erste Staatsangehörigkeit

Zweite Staatsangehörigkeit

Heimatort (CH)

Zivilstand

- 1 ledig
2 verheiratet
3 getrennt (gerichtlich)
4 geschieden
5 verwitwet
6 registrierte Partnerschaft
-1 nicht bekannt

Name Vorname

Strasse PLZ/Ort

BEHANDELNDE/R ÄRZTIN/ARZT

Einrichtung

Name Vorname

Strasse PLZ/Ort

Telefon Mobiltel.

Fax E-Mail

BEHANDLUNG

F1. Beginn der Behandlungsweiterführung (Datum)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (Tag/Monat/Jahr)

F2. Substitutionspräparat (Substanz) für die Weiterführung der Behandlung

- 1 Methadon (z.B. Methadon Streuli®, Ketalgin®) 5 anderes, nämlich
2 Buprenorphin (z.B. Temgesic®, Subutex®) Anderes Substitutionspräparat:
3 retardiertes Morphin (z.B. Kapanol®, Sevre-Long®, MST®)
4 Oxycodon (z.B. Oxycontin®, Oxycodon Sandoz®)

F3. Exakte Präparatbezeichnung: _____

F4. Galenische Form

- 1 Lösung (oral) 4 Injektionslösung
2 Tabletten 5 andere, nämlich
3 Kapseln Andere galenische Form: _____

F5. Für die Weiterführung der Behandlung vorgesehene Tagesdosis (mg/Tag): _____ mg/Tag

F6. Für die Weiterführung der Behandlung vorgesehene Anzahl Einnahmen pro Tag: _____ pro Tag

F7. Für die Weiterführung der Behandlung vorgesehene Anzahl Präparat-Abgaben pro Woche: _____ pro Woche

F8. Abgabestelle für die Weiterführung der Behandlung

- 1 verschreibende Instanz 2 (andere) Einrichtung 3 Apotheke 4 Gefängnis 5 andere

F8.1 Name und Adresse der Abgabestelle

Name der Abgabestelle _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

F9. Verabreichung durch Drittinstanz

(im Falle, dass das Präparat nicht direkt der Patientin/dem Patienten abgegeben wird)

- 1 ja, nämlich  Name und Adresse der Drittinstanz:

2 nein Vollständiger Name _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

F10. Zusatzmedikation im Rahmen der Weiterführung der Behandlung (therapeutische Gruppen)

(mehrere Antworten möglich)

- a keine
- b Benzodiazepine mit kurzer Halbwertszeit
 Genaue Präparatbezeichnung: _____  Dosis (mg/Tag): _____
- c Benzodiazepine mit langer Halbwertszeit
 Genaue Präparatbezeichnung: _____  Dosis (mg/Tag): _____
- d andere Beruhigungsmittel/Schlafmittel/Sedativa
 Genaue Präparatbezeichnung: _____  Dosis (mg/Tag): _____
- e opioide Analgetika
 Genaue Präparatbezeichnung: _____  Dosis (mg/Tag): _____
- f Psychostimulanzien (z.B. Ritalin®, Modasomil®)
 Genaue Präparatbezeichnung: _____  Dosis (mg/Tag): _____
- g Neuroleptika
- h Antidepressiva
- i Antiepileptika
- j HIV-Behandlung
- k Hepatitis-Behandlung
- l nicht-opioide Analgetika
- m Antabus
- n Verhütungsmittel
- o andere, nämlich
 Andere Zusatzmedikation: _____

Anmerkungen/Kommentare _____

SOZIODEMOGRAFISCHE ANGABEN

F11. Partnerbeziehung (letzte 6 Monate)

- 1 keine Partnerbeziehung, alleinstehend 4 feste Beziehung, zusammen lebend
 2 zeitweilige Beziehung(en) 4-1 nicht bekannt
 3 feste Beziehung, getrennt lebend

F12. Abgeschlossene Ausbildung(en) mit Zeugnis oder Diplom (mehrere Antworten möglich)

- a keine oder teilobligatorische Ausbildung
- b obligatorische Schule
- c Übergangsausbildung (z.B. Vorlehre, 10.Schuljahr)
- d Allgemeinausbildung ohne Maturität
- e berufliche Grundausbildung oder Berufslehre
- f Maturität oder Lehrkräfte-Seminar
- g höhere Berufsbildung
- h Fachhochschule oder Universität
- i Doktorat oder Habilitation
- x nicht bekannt

F13. Wohnsituation in den letzten 30 Tagen (mit wem?)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 allein | <input type="checkbox"/> 6 in therapeutischer Einrichtung/Wohnheim |
| <input type="checkbox"/> 2 mit der Herkunftsfamilie (Eltern, Elternteil, usw.) | <input type="checkbox"/> 7 in Spital/Klinik |
| <input type="checkbox"/> 3 mit Partner/Partnerin und/oder mit Kind(ern) | <input type="checkbox"/> 8 andere, <i>nämlich</i> |
| <input type="checkbox"/> 4 mit Freunden oder anderen Personen
(ohne Verwandtschaftsverhältnis) |  andere Wohnsituation: _____ |
| <input type="checkbox"/> 5 in Haft | <input type="checkbox"/> -1 nicht bekannt |

F14. Wohnverhältnisse (letzte 30 Tage)

- | | | | | |
|-----------------------------------|---|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 stabil | <input type="checkbox"/> 2 instabil (obdachlos) | <input type="checkbox"/> 3 in Haft | <input type="checkbox"/> 4 in Einrichtung/Spital/Klinik | <input type="checkbox"/> -1 nicht bekannt |
|-----------------------------------|---|------------------------------------|---|---|

F15. Erwerbsstatus (letzte 30 Tage) (mehrere Antworten möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Vollzeit (ab 70%) | <input type="checkbox"/> 7 Rente (Pension, AHV) |
| <input type="checkbox"/> 2 Teilzeit (< 70%) | <input type="checkbox"/> 8 Arbeitsunfähigkeit (IV, Taggeld) |
| <input type="checkbox"/> 3 Gelegenheitsjobs | <input type="checkbox"/> 9 Hausfrau, Hausmann |
| <input type="checkbox"/> 4 in Ausbildung | <input type="checkbox"/> 10 anderer, <i>nämlich</i> |
| <input type="checkbox"/> 5 arbeitslos/aktive Stellensuche |  Anderer Erwerbsstatus: _____ |
| <input type="checkbox"/> 6 arbeitslos/keine Stellensuche | <input type="checkbox"/> -1 nicht bekannt |

F16. Vorwiegende Einkommensquelle (letzte 30 Tage)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Erwerbseinkommen | <input type="checkbox"/> 8 dealen/Kleinhandel mit Drogen |
| <input type="checkbox"/> 2 Ersparnisse | <input type="checkbox"/> 9 andere illegale Einkünfte |
| <input type="checkbox"/> 3 Rente (AHV, IV und andere Altersvorsorge) | <input type="checkbox"/> 10 anschaffen gehen/Prostitution |
| <input type="checkbox"/> 4 Sozialhilfe/Fürsorge | <input type="checkbox"/> 11 Taggeldversicherung |
| <input type="checkbox"/> 5 Arbeitslosenversicherung | <input type="checkbox"/> 12 andere, <i>nämlich</i> |
| <input type="checkbox"/> 6 durch Partner/Partnerin |  Andere Einkommensquelle: _____ |
| <input type="checkbox"/> 7 durch Eltern/andere Familienmitglieder/
Freundin(nen)/Freund(e) | <input type="checkbox"/> -1 nicht bekannt |

F17. Eigene Kinder?

- | | | |
|-------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 ja | <input type="checkbox"/> 2 nein (→weiter mit F18.) | <input type="checkbox"/> -1 nicht bekannt |
|-------------------------------|--|---|

F17.1 Lebt mit eigenen Kindern?

- | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 ja | <input type="checkbox"/> 2 nein | <input type="checkbox"/> -1 nicht bekannt |
|-------------------------------|---------------------------------|---|

Anmerkungen/Kommentare _____

PROBLEMBEZUGENE ASPEKTE

F18. Weitere Problemsubstanzen (problematischer/häufiger Konsum) (letzte 30 Tage) (mehrere Antworten möglich)

- a keine
b Alkohol

F18.1 Einnahmehäufigkeit alkoholischer Getränke (letzte 30 Tage)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 täglich | <input type="checkbox"/> 3 2-3 Tage pro Woche | <input type="checkbox"/> 5 kein Konsum |
| <input type="checkbox"/> 2 4-6 Tage pro Woche | <input type="checkbox"/> 4 max. 1 Tag pro Woche | <input type="checkbox"/> -1 nicht bekannt |

F18.2 Anzahl an einem typischen Tag konsumierter Standardgetränke

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 1 oder 2 | <input type="checkbox"/> 3 5 oder 6 | <input type="checkbox"/> 5 10 oder mehr |
| <input type="checkbox"/> 2 3 oder 4 | <input type="checkbox"/> 4 7 bis 9 | <input type="checkbox"/> -1 nicht bekannt |

F18.3 Häufigkeit der Anlässe, an denen 6 oder mehr Standardgetränke konsumiert werden

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 nie | <input type="checkbox"/> 3 jeden Monat | <input type="checkbox"/> 5 jeden Tag oder fast jeden Tag |
| <input type="checkbox"/> 2 weniger als 1-mal pro Monat | <input type="checkbox"/> 4 jede Woche | <input type="checkbox"/> -1 nicht bekannt |

- c parallele Einnahme
von illegalen Opioiden

F18.4 Einnahmehäufigkeit von illegalen Opioiden (letzte 30 Tage)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 täglich | <input type="checkbox"/> 3 2-3 Tage pro Woche | <input type="checkbox"/> 5 kein Konsum |
| <input type="checkbox"/> 2 4-6 Tage pro Woche | <input type="checkbox"/> 4 max. 1 Tag pro Woche | <input type="checkbox"/> -1 nicht bekannt |

F18.5 Vorwiegende Einnahmeart von illegalen Opioiden (letzte 30 Tage)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 injizieren | <input type="checkbox"/> 3 essen/trinken | <input type="checkbox"/> -1 nicht bekannt |
| <input type="checkbox"/> 2 rauchen/inhalieren | <input type="checkbox"/> 4 sniffen | |

