



**SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG
FORMULAR EINTRITT**

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 Mobilitel.

Fax E-Mail

BEHANDLUNG

E1. Beginn der Behandlung (Datum)

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

 (Tag/Monat/Jahr)

E2. Handelt es sich um die allererste Substitutionsbehandlung im Leben?
1 ja (→weiter mit E2.3) 2 nein (→weiter mit E2.4) -1 nicht bekannt

E2.1 Handelt es sich bei der aktuellen Substitutionsbehandlung um eine Anschlussbehandlung?
1 ja, ohne Unterbruch 2 nein, die Person war nicht mehr in Substitutionsbehandlung (→weiter mit E3.)

E2.2 Eigentlicher Beginn der hier fortgesetzten Substitutionsbehandlung
(Datum unabhängig von Änderungen in der Betreuungszuständigkeit)

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

 (Tag/Monat/Jahr)

E2.3 Gab es je eine andere Art der drogenbezogenen Betreuungen wegen Suchtproblemen?
1 ja 2 nein -1 nicht bekannt

E2.4 Alter bei Beginn der allerersten Substitutionsbehandlung

--	--	--

 (Alter)

E3. Suchtbezogene Behandlungen, Beratungen oder Betreuungen in Verbindung mit Suchtproblemen in den letzten 12 Monaten
(mehrere Antworten möglich)

- a nein, nie e ja, wegen Tabakproblemen
b ja, wegen Alkoholproblemen f ja, wegen suchtähnlichen Verhaltensweisen
c ja, wegen Drogenproblemen x nicht bekannt
d ja, wegen Medikamentenproblemen

E4. Substitutionspräparat (Substanz)

- 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®)

E5. **Exakte Präparatbezeichnung:** _____

E6. **Galenische Form**

1 Lösung (oral)

4 Injektionslösung

2 Tabletten

5 andere, *nämlich*

3 Kapseln

 Andere galenische Form: _____

E7. **Tagesdosis (mg/Tag):** _____ mg/Tag

E8. **Anzahl Einnahmen pro Tag:** _____ pro Tag

E9. **Anzahl der Präparat-Abgaben pro Woche:** _____ pro Woche

E10. **Jetzige Abgabestelle**

1 verschreibende Instanz

2 (andere) Einrichtung

3 Apotheke

4 Gefängnis

5 andere

E10.1 **Name und Adresse der Abgabestelle**

Name der Abgabestelle _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

E11. **Verabreichung durch Drittinanz**

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

1 ja, *nämlich*

 Name und Adresse der Drittinanz:

2 nein

Vollständiger Name _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

E12. **Therapeutisches Behandlungsziel**

1 Kurzzeitiger Entzug

4 anderes, *nämlich*

2 Langzeitentzug

 Anderes therapeutisches Behandlungsziel: _____

3 Langzeitbehandlung (maintenance)


E13. **Zusatzmedikation (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

E14. Partnerbeziehung (letzte 6 Monate)

- | | |
|--|---|
| <p>1 <input type="checkbox"/> keine Partnerbeziehung, alleinstehend</p> <p>2 <input type="checkbox"/> zeitweilige Beziehung(en)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> feste Beziehung, getrennt lebend</p> | <p>4 <input type="checkbox"/> feste Beziehung, zusammen lebend</p> <p>-1 <input type="checkbox"/> nicht bekannt</p> |
|--|---|

E15. Abgeschlossene Ausbildung(en) mit Zeugnis oder Diplom (mehrere Antworten möglich)

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

E16. Wohnsituation in den letzten 30 Tagen (mit wem?)

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

E17. Wohnverhältnisse (letzte 30 Tage)

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

E18. Steht die Patientin/der Patient unter Vormundschaft oder hat sie/er einen Beistand?

- | | | | |
|--|---|---------------------------------|---|
| 1 <input type="checkbox"/> ja, unter Vormundschaft | 2 <input type="checkbox"/> ja, hat einen Beistand | 3 <input type="checkbox"/> nein | -1 <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
|--|---|---------------------------------|---|

E19. Erwerbsstatus (letzte 30 Tagen)

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

E20. Vorwiegende Einkommensquelle (letzte 30 Tage)

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

E21. Eigene Kinder?

- | | | |
|-------------------------------|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> ja | 2 <input type="checkbox"/> nein (→weiter mit E13.) | -1 <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
|-------------------------------|--|---|

E21.1 Lebt mit eigenen Kindern?

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

Anmerkungen/Kommentare

.....

.....

PROBLEMBEZOGENE ASPEKTE

Anmerkung: Bei Personen im Substitutionsprogramm wird Heroingebrauch als Hauptproblem vorausgesetzt.

E22. Einnahmehäufigkeit von Heroin (letzte 30 Tage)

- 1 täglich 3 2-3 Tage pro Woche 5 kein Konsum
 2 4-6 Tage pro Woche 4 max. 1 Tag pro Woche -1 nicht bekannt

E23. Vorwiegende Einnahmeart von Heroin (letzte 30 Tage)

- 1 injizieren 2 rauchen/inhalieren 3 essen/trinken 4 sniffen 5 kein Konsum -1 nicht bekannt

E24. Alter bei Erstgebrauch von Heroin

(Alter)

E25. Einnahmehäufigkeit von anderen Opioiden (letzte 30 Tage)

- 1 täglich 3 2-3 Tage pro Woche 5 kein Konsum (→weiter mit E27.)
 2 4-6 Tage pro Woche 4 max. 1 Tag pro Woche -1 nicht bekannt

E26. Vorwiegende Einnahmeart von anderen Opioiden (letzte 30 Tage)

- 1 injizieren 2 rauchen/inhalieren 3 essen/trinken 4 sniffen -1 nicht bekannt

E27. Alter bei Erstgebrauch von anderen Opioiden

(Alter)

E28. Weitere Problemsubstanzen (problematischer/häufiger Konsum) (letzte 30 Tage) (mehrere Antworten möglich)

- a keine
 b Alkohol

E28.1 Einnahmehäufigkeit alkoholischer Getränke (letzte 30 Tage)

- 1 täglich 3 2-3 Tage pro Woche 5 kein Konsum
 2 4-6 Tage pro Woche 4 max. 1 Tag pro Woche -1 nicht bekannt

E28.2 Anzahl an einem typischen Tag konsumierter Standardgetränke

- 1 1 oder 2 3 5 oder 6 5 10 oder mehr
 2 3 oder 4 4 7 bis 9 -1 nicht bekannt

E28.3 Häufigkeit der Anlässe, an denen 6 oder mehr Standardgetränke konsumiert werden

- 1 nie 3 jeden Monat 5 jeden Tag oder fast jeden Tag
 2 weniger als 1-mal pro Monat 4 jede Woche -1 nicht bekannt

E28.4 – 28.11

Einnahmehäufigkeit von weiteren Problemsubstanzen (letzte 30 Tage)

	täglich	4-6 Tage pro Woche	2-3 Tage pro Woche	max. 1 Tag pro Woche	kein Konsum	nicht bekannt	Alter bei Erstgebrauch
c <input type="checkbox"/> Kokain und Derivate	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	-1 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Alter)
d <input type="checkbox"/> andere Stimulanzen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	-1 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Alter)
e <input type="checkbox"/> Hypnotika/Sedativa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	-1 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Alter)
f <input type="checkbox"/> Cannabis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	-1 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Alter)
g <input type="checkbox"/> andere, nämlich	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	-1 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Alter)

Andere Problemsubstanz(en):

- x nicht bekannt

E29. Liegt eine Störung durch multiplen Substanzgebrauch gemäss ICD-10 vor? (Heroin ist nicht die alleinige Hauptproblemasubstanz)

- 1 Ja 2 nein (→weiter mit E30.) -1 nicht bekannt

E29.1 Durch welche Substanzkombination zeichnet sich die Störung durch multiplen Substanzgebrauch aus? (mehrere Antworten möglich)

- a Alkohol h Cannabis
 b Opiode (Heroin, Methadon, Codein usw.) i Tabak
 c Kokain oder Derivate j andere
 d andere Stimulanzen (Amphetamine, MDMA, Metamphetamine usw.) Andere Substanz(en):
 e Schlafmittel/Beruhigungsmittel (Benzodiazepine usw.)
 f Halluzinogene (LSD, Ketamin usw.) x nicht bekannt
 g flüchtige Stoffe

E30. Wurde je eine illegale Substanz injiziert? (alle Substanzen)

1 ja 2 nie (→weiter mit E31.) -1 nicht bekannt

E30.1 In den letzten 12 Monaten injiziert?

1 ja 2 nein, nicht in den letzten 12 Monaten (→weiter mit E30.3) -1 nicht bekannt

E30.2 In den letzten 30 Tagen injiziert?

1 ja 2 nein, in den letzten 12 Monaten aber nicht in den letzten 30 Tagen -1 nicht bekannt

E30.3 Alter bei Erstinjektion

(Jahre)

E30.4. Je eine Nadel/Spritze mit einer anderen Person gemeinsam benutzt?

1 ja 2 nie (→weiter mit E31.) -1 nicht bekannt

E30.5 Gemeinsame Nutzung von Spritzmaterial in den letzten 12 Monaten?

1 ja 2 nein, nicht in den letzten 12 Monaten (→weiter mit E30.7) -1 nicht bekannt

E30.6 Gemeinsame Nutzung von Spritzmaterial in den letzten 30 Tagen?

1 ja 2 nein, in den letzten 12 Monaten aber nicht in den letzten 30 Tagen -1 nicht bekannt

E30.7 Je eigene Spritzen wiederverwendet?

1 ja 2 manchmal 3 oft

Anmerkungen/Kommentare

GESUNDHEIT

E31. Häufigkeit der Verwendung von Präservativen in den letzten 6 Monaten mit einer/einem oder mehreren festen Partnerin(nen)/Partner(n)

1 immer 3 nie
2 manchmal -2 keine sexuelle Beziehung mit einer/einem festen Partnerin/Partner

E32. Häufigkeit der Verwendung von Präservativen in den letzten 6 Monaten mit einer/einem oder mehreren Gelegenheitspartnerin(nen)/Gelegenheitspartner(n)

1 immer 3 nie
2 manchmal -2 keine sexuelle Beziehung mit einer/einem Gelegenheitspartnerin/Gelegenheitspartner

E33. Wurde jemals ein HIV-Test durchgeführt?

1 nein, nie (→weiter mit E34.) 3 ja, letzter Test in den letzten 12 Monaten
2 ja, letzter Test vor über 12 Monaten -1 nicht bekannt

E33.1 Falls ja, HIV-Status

1 zum ersten Mal positiv vor über 12 Monaten 3 HIV-Test negativ
2 zum ersten Mal positiv in den letzten 12 Monaten -1 nicht bekannt

E33.2 Falls ja, HIV-Behandlung

1 nein, nie 3 ja, zurzeit in Behandlung
2 nein, zurzeit nicht mehr -1 nicht bekannt

E34. Wurde jemals ein Hepatitis-C-Test durchgeführt?

1 nein, nie (→weiter mit E35.) 3 ja, letzter Test in den letzten 12 Monaten
2 ja, letzter Test vor über 12 Monaten -1 nicht bekannt

E34.1 Falls ja, Hepatitis-C-Status

1 zum ersten Mal positiv vor über 12 Monaten 3 Hepatitis-C-Test negativ
2 zum ersten Mal positiv in den letzten 12 Monaten -1 nicht bekannt

E34.2 Falls ja, Hepatitis-C-Behandlung

1 nein, nie 3 ja, zurzeit in Behandlung
2 nein, zurzeit nicht mehr -1 nicht bekannt

E35. Wurde jemals ein Hepatitis-B-Test durchgeführt?

1 nein, nie (→weiter mit E36.) 3 ja, letzter Test in den letzten 12 Monaten
2 ja, letzter Test vor über 12 Monaten -1 nicht bekannt

