



**SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG
FORMULAR ABSCHLUSS**

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

S1. Datum Behandlungsende (letzte Präparat-Abgabe)

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

 (Tag/Monat/Jahr)

S2. Art der Beendung

- 1 planmässig ohne Überweisung
- 2 planmässig mit Überweisung
- 3 Wohnortwechsel
- 4 Hospitalisierung
- 5 Inhaftierung
- 6 Kontaktverlust
- 7 expliziter Abbruch/Ausschluss
- 8 Tod

S3. Wird die Substitutionsbehandlung bei einem anderen verschreibenden Arzt weitergeführt?

- 1 ja (→genauere Angaben; S3.1)
- 2 nein
- 1 nicht bekannt

S3.1 Name und Adresse der Ärztin/des Arztes, die/der die Verschreibung weiterführen wird

Name Vorname

Strasse PLZ/Ort

Telefon Mobiltel.

Fax E-Mail

S4. Substitutionspräparat (Substanz) vor Behandlungsende

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

Anderes Substitutionspräparat:

S5. Exakte Präparatbezeichnung:

S6. Galenische Form

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

S7. Tagesdosis (mg/Tag) vor Behandlungsende: _____ mg/Tag**S8. Anzahl Einnahmen pro Tag vor Behandlungsende:** _____ pro Tag**S9. Anzahl Abgaben pro Woche vor Behandlungsende:** _____ pro Woche**S10. Abgabestelle vor Behandlungsende**

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

S10.1 Name und Adresse der Abgabestelle

Name der Abgabestelle _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

S11. 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 _____


Anmerkungen/Kommentare _____**SOZIODEMOGRAFISCHE ANGABEN****S12. Partnerbeziehung (letzte 6 Monate)**

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

S13. Abgeschlossene Ausbildung(en) mit Zeugnis oder Diplom (mehrere Antworten möglich)

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


S14. Wohnsituation in den letzten 30 Tagen (mit wem?)

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

S15. Wohnverhältnisse (letzte 30 Tage)

- 1 stabil 2 instabil (obdachlos) 3 in Haft 4 in Einrichtung/Spital/Klinik -1 nicht bekannt

S16. Erwerbsstatus (letzte 30 Tagen) (mehrere Antworten möglich)

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

S17. Vorwiegende Einkommensquelle (letzte 30 Tage)

- 1 Erwerbseinkommen
- 2 Ersparnisse
- 3 Rente (AHV, IV und andere Altersvorsorge)
- 4 Sozialhilfe/Fürsorge
- 5 Arbeitslosenversicherung
- 6 durch Partner/Partnerin
- 7 durch Eltern/andere Familienmitglieder/
Freundin(nen)/Freund(e)
- 8 dealen/Kleinhandel mit Drogen
- 9 andere illegale Einkünfte
- 10 anschaffen gehen/Prostitution
- 11 Taggeldversicherung
- 12 andere, *nämlich*

Andere Einkommensquelle: _____

- 1 nicht bekannt

S18. Eigene Kinder?

- 1 ja
- 2 nein (→weiter mit S19.)
- 1 nicht bekannt

S18.1 Lebt mit eigenen Kindern?

- 1 ja
- 2 nein
- 1 nicht bekannt

Anmerkungen/Kommentare _____

PROBLEMBEZUGENE ASPEKTE

F19. Problemsubstanzen (problematischer/häufiger Konsum) (letzte 30 Tage) (mehrere Antworten möglich)

- a keine
- b Alkohol

S19.1 Einnahmehäufigkeit alkoholischer Getränke (letzte 30 Tage)

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

S19.2 Anzahl an einem typischen Tag konsumierter Standardgetränke

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

S19.3 Häufigkeit der Anlässe, an denen 6 oder mehr Standardgetränke konsumiert werden

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

c Heroin/andere Opioiden **S19.4 Einnahmehäufigkeit von anderen Opioiden (letzte 30 Tage)**

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

S19.5 Vorwiegende Einnahmeart von anderen Opioiden (letzte 30 Tage)

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

S19.6 – 19.11

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
d <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"/>	____ (Alter)
e <input type="checkbox"/> andere Stimulanzien	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	-1 <input type="checkbox"/>	____ (Alter)
f <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"/>	____ (Alter)
g <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"/>	____ (Alter)
h <input type="checkbox"/> andere, <i>nämlich</i>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	-1 <input type="checkbox"/>	____ (Alter)

Andere Problemsubstanz(en): _____

- x nicht bekannt

S20. Wurde in den letzten 30 Tagen vor Behandlungsende eine illegale Substanz injiziert? (alle Substanzen)

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

Anmerkungen/Kommentare _____

GESUNDHEIT

S21. Allgemeiner somatischer Zustand der Patientin/des Patienten

1 sehr gut 2 gut 3 mittelmässig 4 schlecht 5 sehr schlecht -1 nicht bekannt

S22. Allgemeiner psychischer Zustand der Patientin/des Patienten

1 sehr gut 2 gut 3 mittelmässig 4 schlecht 5 sehr schlecht -1 nicht bekannt

Anmerkungen/Kommentare