



Beachten Sie folgendes:

Alle Daten (Geburtsdatum, Behandlungsbeginn, o.ä) müssen ohne Punkt eingegeben werden (z.B. 01012022).

Kasernenstrasse 17  
9102 Herisau  
kantonsarzt@ar.ch  
www.ar.ch

**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
- 7 nicht bekannt

Name    Vorname

Strasse    PLZ/Ort

**BEHANDELNDE/R ÄRZTIN/ARZT**

Einrichtung

Name    Vorname

Strasse    PLZ/Ort

Telefon    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    3  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

E2.2 Datum des eigentlichen Beginns der hier fortgesetzten  
Substitutionsbehandlung

(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    3  nicht bekannt



**E3. Substitutionspräparat (Substanz)**

- |   |  |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Methadon ( z.B. Methadon Streuli <sup>®</sup> , Ketalgin <sup>®</sup> )                        | 4 <input type="checkbox"/> Levomethadon (z.B. L-Polamidon) |
| 2 <input type="checkbox"/> Buprenorphin (z.B. Temgesic <sup>®</sup> , Subutex <sup>®</sup> )                              | 5 <input type="checkbox"/> anderes, <i>nämlich</i>         |
| 3 <input type="checkbox"/> retardiertes Morphin (z.B. Kapanol <sup>®</sup> , Sevre-Long <sup>®</sup> , MST <sup>®</sup> ) | Anderes Substitutionspräparat:                             |

**E4. Galenische Form**

- |  |   |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Lösung (oral) | 4 <input type="checkbox"/> Injektionslösung       |
| 2 <input type="checkbox"/> Tabletten     | 5 <input type="checkbox"/> andere, <i>nämlich</i> |
| 3 <input type="checkbox"/> Kapseln       | Andere galenische Form: _____                     |

**E5. Tagesdosis (mg/Tag):** \_\_\_\_\_ mg/Tag

**E6. Jetzige Abgabestelle**

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> verschreibende Instanz (Ärztin/Arzt oder Einrichtung) | 4 <input type="checkbox"/> Gefängnis |
| 2 <input type="checkbox"/> Einrichtung (andere als verschreibende Instanz)       | 5 <input type="checkbox"/> andere    |
| 3 <input type="checkbox"/> Apotheke  |                                      |

**E6.1 Name und Adresse der Abgabestelle**

Name der Abgabestelle \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

**E7. Verabreichung durch Drittinstanz**

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

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> ja, <i>nämlich</i> | Name und Adresse der Drittinstanz: |
| 2 <input type="checkbox"/> nein               | Vollständiger Name _____           |

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

**E8. Zusatzmedikation (therapeutische Gruppen)**

(mehrere Antworten möglich)

- a  keine
- b  Benzodiazepine mit kurzer Halbwertszeit

Exakte Präparat-Bezeichnung: \_\_\_\_\_ Dosis (mg/Tag): \_\_\_\_\_

- c  Benzodiazepine mit langer Halbwertszeit

Exakte Präparat-Bezeichnung: \_\_\_\_\_ Dosis (mg/Tag): \_\_\_\_\_



d  andere Beruhigungsmittel/Schlafmittel/Sedativa

Exakte Präparat-Bezeichnung:

Dosis (mg/Tag):

e  opioide Analgetika

Exakte Präparat-Bezeichnung:

Dosis (mg/Tag):

f  Psychostimulanzien (z.B. Ritalin®, Modasomil®)

Exakte Präparat-Bezeichnung:

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

## PROBLEMBEZOGENE ASPEKTE

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

### E9. Vorwiegende Einnahmeart von Heroin (letzte 30 Tage)

1  injizieren    2  rauchen/inhalieren    3  essen/trinken    4  sniffen    5  kein Konsum    6  bekannt nicht

E10. Alter bei Erstgebrauch von Heroin   (Jahre)

### E11. Weitere Problemsubstanzen (problematischer/häufiger Konsum) (letzte 30 Tage) (mehrere Antworten möglich)

a  keine

f  Cannabis

b  Alkohol

g  andere, *nämlich*

c  Kokain und Derivate

Andere Problemsubstanz(en):

d  andere Stimulanzien

e  Hypnotika/Sedativa

h  nicht bekannt

### E12. Wurde je eine illegale Substanz injiziert? (alle Substanzen)

1  ja    2  nie (→weiter mit E13.)    3  nicht bekannt



**E12.1 In den letzten 12 Monaten injiziert?**

1  ja    2  nein, nicht in den letzten 12 Monaten (→weiter mit E12.3)    3  nicht bekannt

**E12.2 In den letzten 30 Tagen injiziert?**

1  ja    2  nein, in den letzten 12 Monaten aber nicht in den letzten 30 Tagen    3  nicht bekannt

**E12.3 Alter bei Erstinjektion**

--	--

 (Jahre)

**E12.4. Je eine Nadel/Spritze mit einer anderen Person gemeinsam benutzt?**

1  ja    2  nie (→weiter mit E13.)    3  nicht bekannt

**E12.5 Gemeinsame Nutzung von Spritzmaterial in den letzten 12 Monaten?**

1  ja    2  nein, nicht in den letzten 12 Monaten (→weiter mit E13.)    3  nicht bekannt

**E12.6 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    3  nicht bekannt

**Anmerkung**

---

**GESUNDHEIT**

**E13. Wurde jemals ein HIV-Test durchgeführt?**

1  nein, nie    3  ja, letzter Test in den letzten 12 Monaten (→weiter mit E13.1)  
2  ja, letzter Test vor über 12 Monaten (→weiter mit E13.1)    4  nicht bekannt

**E13.1 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    4  nicht bekannt

**Anmerkungen/Kommentare**

---

**Bestätigung und Unterschrift der/des Patientin/Patienten**

Die unterzeichnende Person stimmt der vorgesehenen Behandlung, der Weitergabe dieses Einverständnisses an die/den Kantonsärztin/Kantonsarzt und, falls erforderlich, dem Informationsaustausch zwischen der/dem aktuell und vorangehend verschreibenden Ärztin/Arzt zu.

Unterschrift der Patientin / des Patienten

Unterschrift (und Stempel) der verschreibenden Ärztin /  
des verschreibenden Arztes

Die Unterschrift der Patientin/des Patienten sowie der Ärztin/des Arztes ist zwingend!