

**SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG
FORMULAR EINTRITT**

Kantonsinterne Patientenummer
(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

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 -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

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 -1 nicht bekannt

E3. Substitutionspräparat (Substanz)

- 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:

.....

E4. Galenische Form1 Lösung (oral)4 Injektionslösung2 Tabletten5 andere, *nämlich*3 Kapseln

Andere galenische Form: _____

E5. Tagesdosis (mg/Tag):

_____ mg/Tag

E6. Jetzige Abgabestelle1 verschreibende Instanz (Ärztin/Arzt oder Einrichtung)4 Gefängnis2 Einrichtung (andere als verschreibende Instanz)5 andere3 Apotheke**E6.1 Name und Adresse der Abgabestelle**

Name der Abgabestelle _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

E7. 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 _____

E8. Zusatzmedikation (therapeutische Gruppen)

(mehrere Antworten möglich)

a keineb 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 Neuroleptikah Antidepressivai Antiepileptikaj HIV-Behandlungk Hepatitis-Behandlungl nicht-opioide Analgetikam Antabusn Verhütungsmittelo andere, *nämlich*

Andere Zusatzmedikation: _____

Anmerkungen/Kommentare _____

PROBLEMBEZUGENE ASPEKTE


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

E9. Vorwiegende Einnahmeart von Heroin (letzte 30 Tage)

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

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 x nicht bekannt

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

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

E12.1 In den letzten 12 Monaten injiziert?

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