



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

**E4. Galenische Form**

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

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

**E6. Jetzige Abgabestelle**

- 1  verschreibende Instanz (Ärztin/Arzt oder Einrichtung)
- 2  Einrichtung (andere als verschreibende Instanz)
- 3  Apotheke
- 4  Gefängnis
- 5  andere

**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  ja, nämlich * Name und Adresse der Drittinstanz:*
- 2  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** \_\_\_\_\_

**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  keinef  Cannabisb  Alkoholg  andere, nämlichc  Kokain und Derivate Andere Problemsubstanz(en):d  andere Stimulanziene  Hypnotika/Sedativax  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, nie3  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 Monaten3  HIV-Test negativ2  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