

**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

 Einrichtun
g

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 Betreuung 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. Oxycontin®, 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 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 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 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

Anmerkungen/Kommentare

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

Bewilligung des Kantonsarztes

Bewilligung zur Abgabe von:

Gültig vom: bis:

Ort / Datum:

Unterschrift: