

Substitutionstherapie - Abschlussbericht (durch ÄrztIn auszufüllen)

PatientIn	Name: _____ Vorname: _____ Strasse: _____ PLZ/Ort: _____ Geburtsdatum: _____ Tel.: _____ Zivilstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> unbekannt Anzahl Kinder: _____ Krankenkasse: _____
ÄrztIn	Name: _____ Fachrichtung: _____ Vorname: _____ Strasse: _____ E-Mail: _____ PLZ/Ort: _____ / _____ Tel.: _____ Fax: _____
SuchtberaterIn	Name: _____ Institution: _____ Vorname: _____ Strasse: _____ E-Mail: _____ PLZ/Ort: _____ / _____ Tel.: _____ Fax: _____
Abgabeort	<input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Apotheke <input type="checkbox"/> Ambulatorium Neumühle <input type="checkbox"/> andere Stelle Name: _____ Tel.: _____ Fax: _____ Strasse: _____ PLZ/Ort: _____ / _____ E-Mail: _____
1. Substitution	Substitutionsmedikament(e): Medikation: <input type="checkbox"/> Methadon <input type="checkbox"/> Anderes: _____

2. Aktueller Drogenkonsum	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>täglich</th> <th>1x oder weniger/Woche</th> <th>Einstiegsalter</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Alkohol</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Amphetamin/Ecstasy</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Barbiturate</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Benzodiazepine</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Cannabis</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Codein</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Halluzinogene</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Heroin</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Kokain</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Methadon (illegal)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>anderes: _____</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>		taglich	1x oder weniger/Woche	Einstiegsalter	Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Amphetamin/Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Barbiturate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Benzodiazepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Codein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Halluzinogene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Methadon (illegal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	anderes: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	taglich	1x oder weniger/Woche	Einstiegsalter																																														
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																														
Amphetamin/Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																														
Barbiturate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																														
Benzodiazepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																														
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																														
Codein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																														
Halluzinogene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																														
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																														
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																														
Methadon (illegal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																														
anderes: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																														
3. Gesundheitszustand	<table border="0"> <tbody> <tr> <td>Physischer Zustand</td> <td><input type="checkbox"/> schlecht</td> <td><input type="checkbox"/> mittel/reduziert</td> <td><input type="checkbox"/> gut</td> </tr> <tr> <td>Psychischer Zustand</td> <td><input type="checkbox"/> schlecht</td> <td><input type="checkbox"/> mittel/reduziert</td> <td><input type="checkbox"/> gut</td> </tr> </tbody> </table>	Physischer Zustand	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> mittel/reduziert	<input type="checkbox"/> gut	Psychischer Zustand	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> mittel/reduziert	<input type="checkbox"/> gut																																								
Physischer Zustand	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> mittel/reduziert	<input type="checkbox"/> gut																																														
Psychischer Zustand	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> mittel/reduziert	<input type="checkbox"/> gut																																														
4. Sozialberatung	<input type="checkbox"/> Sozialdienst für Suchtfragen, Lostrasse 37, 7000 Chur <input type="checkbox"/> Andere Beratungsstelle: _____ Name SozialberaterIn: _____ Strasse: _____ PLZ/Ort: ____/_____ Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____																																																
5. Soziale Daten	<p>5.1 Arbeit/Einkommen (Mehrfachantwort möglich)</p> <table border="0"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vollzeitarbeit</td> <td><input type="checkbox"/> Hausfrau/mann</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Teilzeit _____ Std./Woche</td> <td><input type="checkbox"/> IV-Rente zu _____ %</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gelegenheitsarbeit/Temporär</td> <td><input type="checkbox"/> anderes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> arbeitslos mit Unterstutzung</td> <td><input type="checkbox"/> Schulden</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> arbeitslos ohne Unterstutzung</td> <td><input type="checkbox"/> unbekannt</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sozialhilfe</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>5.2 Wohnen</p> <table border="0"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> in eigener Wohnung</td> <td><input type="checkbox"/> Zimmer - allein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> in Angehorigenwohnung (z.B. bei Eltern)</td> <td><input type="checkbox"/> Notschlafstelle/Gasse</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> in eigener Wohnung (evtl. Kinder) - mit Partner</td> <td><input type="checkbox"/> Spital/Institution</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft (mit Freunden)</td> <td><input type="checkbox"/> Gefängnis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> anderes</td> <td><input type="checkbox"/> unbekannt</td> </tr> </tbody> </table> <p>5.3 Soziale Kontakte</p> <input type="checkbox"/> in fester Partnerschaft, zusammenlebend <input type="checkbox"/> in fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend <input type="checkbox"/> Anzahl gute Freunde, ohne illegalen Drogenkonsum: ____ <input type="checkbox"/> Anzahl gute Freunde mit illegalem Drogenkonsum: ____ <input type="checkbox"/> guter, regelmässiger Kontakt zu Eltern/-teil <input type="checkbox"/> gute, regelmässige Kontakte zu folgenden Personen: _____	<input type="checkbox"/> Vollzeitarbeit	<input type="checkbox"/> Hausfrau/mann	<input type="checkbox"/> Teilzeit _____ Std./Woche	<input type="checkbox"/> IV-Rente zu _____ %	<input type="checkbox"/> Gelegenheitsarbeit/Temporär	<input type="checkbox"/> anderes	<input type="checkbox"/> arbeitslos mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Schulden	<input type="checkbox"/> arbeitslos ohne Unterstützung	<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe		<input type="checkbox"/> in eigener Wohnung	<input type="checkbox"/> Zimmer - allein	<input type="checkbox"/> in Angehorigenwohnung (z.B. bei Eltern)	<input type="checkbox"/> Notschlafstelle/Gasse	<input type="checkbox"/> in eigener Wohnung (evtl. Kinder) - mit Partner	<input type="checkbox"/> Spital/Institution	<input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft (mit Freunden)	<input type="checkbox"/> Gefängnis	<input type="checkbox"/> anderes	<input type="checkbox"/> unbekannt																										
<input type="checkbox"/> Vollzeitarbeit	<input type="checkbox"/> Hausfrau/mann																																																
<input type="checkbox"/> Teilzeit _____ Std./Woche	<input type="checkbox"/> IV-Rente zu _____ %																																																
<input type="checkbox"/> Gelegenheitsarbeit/Temporär	<input type="checkbox"/> anderes																																																
<input type="checkbox"/> arbeitslos mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Schulden																																																
<input type="checkbox"/> arbeitslos ohne Unterstützung	<input type="checkbox"/> unbekannt																																																
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe																																																	
<input type="checkbox"/> in eigener Wohnung	<input type="checkbox"/> Zimmer - allein																																																
<input type="checkbox"/> in Angehorigenwohnung (z.B. bei Eltern)	<input type="checkbox"/> Notschlafstelle/Gasse																																																
<input type="checkbox"/> in eigener Wohnung (evtl. Kinder) - mit Partner	<input type="checkbox"/> Spital/Institution																																																
<input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft (mit Freunden)	<input type="checkbox"/> Gefängnis																																																
<input type="checkbox"/> anderes	<input type="checkbox"/> unbekannt																																																
6. Bemerkungen	_____ _____ _____																																																
7. Unterschrift ArztIn	Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____																																																