

## Substitutionstherapie - Antrag und Eintrittsfragebogen

Das vorliegende Formular ist bei obengenannter Adresse zu beziehen und einzureichen. Für Überbrückungsprogramme müssen nur die Punkte 1 bis 5 ausgefüllt werden.

<b>PatientIn</b>	Name: _____ Nationalität: <input type="checkbox"/> Schweiz <input type="checkbox"/> Italien
	Vorname: _____ <input type="checkbox"/> Spanien <input type="checkbox"/> Deutschland
	Strasse: _____ <input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> Frankreich
	PLZ/Ort: ____ / _____ <input type="checkbox"/> Portugal <input type="checkbox"/> Ex-Jugoslawien
	Geburtsdatum: _____ Tel.: _____ <input type="checkbox"/> andere: _____
	Bürgerort: _____ <input type="checkbox"/> unbekannt
	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Ausländer 2. Generation <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
	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: _____	
<b>ÄrztIn</b>	Name: _____ Fachrichtung: _____
	Vorname: _____
	Strasse: _____ E-Mail: _____
	PLZ/Ort: ____ / _____ Tel.: _____ Fax: _____
<b>Abgabeort</b>	<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. Geplante Substitutionstherapie**  Methadon  anderes Medikament: \_\_\_\_\_

Langzeitprogramm ab: \_\_\_\_\_

Überbrückungsprogramm von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Bereits bestehende Bewilligung seit: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_

<b>2. Aktueller Drogenkonsum</b>		täglich	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"/>	_____			
<b>i.v. Drogenkonsum</b>	<input type="checkbox"/> ja, seit _____ Jahren		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt		
<b>3. Entzüge/ Therapien/ Substitutionsbehandlungen</b>	Frühere Entzüge/Therapien/Substitutionen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt		
	Anzahl der Entzüge:	stationär: _____	ambulant: _____			
	Anzahl der Therapien:	stationär: _____	ambulant: _____			
	Anzahl der Substitutionsbehandlungen:	stationär: _____	ambulant: _____			
<b>Letzte suchtspezifische Behandlung:</b>						
Institution: _____		Strasse: _____				
PLZ/Ort: _____/_____		Tel.: _____				
<b>4. Gesundheitszustand</b>	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		
<b>5. Antikörpertests Resultate</b>	<b>Hepatitis B</b>		<b>Hepatitis C</b>		<b>HIV</b>	
	<input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> unbekannt		<input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> unbekannt		<input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> unbekannt	
<b>6. Sozialberatung</b>	<input type="checkbox"/> Sozialdienst für Suchtfragen, Loestrasse 37, 7000 Chur					
	<input type="checkbox"/> Andere Beratungsstelle: _____					
	Name SozialberaterIn: _____					
	Strasse: _____		PLZ/Ort: _____/_____			
	Tel.: _____		Fax: _____		E-Mail: _____	
<b>7. Soziale Daten</b>	<b>7.1 Ausbildung/Beruf</b>					
	<input type="checkbox"/> Obligatorische Schule abgeschlossen	<input type="checkbox"/> Lehre (Diplom erhalten)	<input type="checkbox"/> Anlehre			
	<input type="checkbox"/> Höhere, nicht universitäre Ausbildung	<input type="checkbox"/> Universität/Hochschule	<input type="checkbox"/> unbekannt			
	<input type="checkbox"/> anderes: _____					
	<b>7.2 Arbeit/Einkommen (Mehrfachantwort möglich)</b>					
	<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					
	<b>7.3 Wohnen</b>					
<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					
<b>7.4 Soziale Kontakte</b>						
<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: _____				

## 8. Unterschriften

-----  
Ort / Datum

-----  
PatientIn

-----  
ArztIn

Die Unterzeichnenden sind mit der Übermittlung dieses Antrages an den Kantonsarzt und zur Zusammenarbeit gemäss beiliegendem Vertrag zur Substitutionstherapie bereit. Grundlage für die Substitutionsbehandlung bilden die Guidelines der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin SSAM, welche von der Homepage [www.ssam.ch](http://www.ssam.ch) heruntergeladen werden können.