

Folgekontakt:

Patientenname: _____

Themenbereiche:	
!1) Stabilität / Craving / Konsumationsereignisse	5) Drogenharn (ca. 1x/Quartal) oder andere Untersuchungen
!2) Somatische und psychische Stabilität / Beschwerden	6) Eigene Themen des Patienten
!3) Änderungen der Lebensumstände	!7) Besondere Belastungen in der Behandlungsbeziehung
4) Inhalte zur Therapieplanung	
Konsumationseindruck	Datum: _____ Dekurs: _____
!A) Akt. Entzugssymptome subj.: Keine: <input type="checkbox"/> Mild: <input type="checkbox"/> Mässig: <input type="checkbox"/> Schwer: <input type="checkbox"/> !B) Akt. Entzugssymptome obj.: Keine: <input type="checkbox"/> Mild: <input type="checkbox"/> Mässig: <input type="checkbox"/> Schwer: <input type="checkbox"/> !C) Beeinträchtigung: Keine: <input type="checkbox"/> Gering: <input type="checkbox"/> Deutlich: <input type="checkbox"/> Somnolent: <input type="checkbox"/> !D) Letzter Konsum: was: _____ wann: _____ wie viel: _____	
Konsumationseindruck	Datum: _____ Dekurs: _____
!A) Akt. Entzugssymptome subj.: Keine: <input type="checkbox"/> Mild: <input type="checkbox"/> Mässig: <input type="checkbox"/> Schwer: <input type="checkbox"/> !B) Akt. Entzugssymptome obj.: Keine: <input type="checkbox"/> Mild: <input type="checkbox"/> Mässig: <input type="checkbox"/> Schwer: <input type="checkbox"/> !C) Beeinträchtigung: Keine: <input type="checkbox"/> Gering: <input type="checkbox"/> Deutlich: <input type="checkbox"/> Somnolent: <input type="checkbox"/> !D) Letzter Konsum: was: _____ wann: _____ wie viel: _____	
Konsumationseindruck	Datum: _____ Dekurs: _____
!A) Akt. Entzugssymptome subj.: Keine: <input type="checkbox"/> Mild: <input type="checkbox"/> Mässig: <input type="checkbox"/> Schwer: <input type="checkbox"/> !B) Akt. Entzugssymptome obj.: Keine: <input type="checkbox"/> Mild: <input type="checkbox"/> Mässig: <input type="checkbox"/> Schwer: <input type="checkbox"/> !C) Beeinträchtigung: Keine: <input type="checkbox"/> Gering: <input type="checkbox"/> Deutlich: <input type="checkbox"/> Somnolent: <input type="checkbox"/> !D) Letzter Konsum: was: _____ wann: _____ wie viel: _____	
Konsumationseindruck	Datum: _____ Dekurs: _____
!A) Akt. Entzugssymptome subj.: Keine: <input type="checkbox"/> Mild: <input type="checkbox"/> Mässig: <input type="checkbox"/> Schwer: <input type="checkbox"/> !B) Akt. Entzugssymptome obj.: Keine: <input type="checkbox"/> Mild: <input type="checkbox"/> Mässig: <input type="checkbox"/> Schwer: <input type="checkbox"/> !C) Beeinträchtigung: Keine: <input type="checkbox"/> Gering: <input type="checkbox"/> Deutlich: <input type="checkbox"/> Somnolent: <input type="checkbox"/> !D) Letzter Konsum: was: _____ wann: _____ wie viel: _____	
Checkliste:	a) Rezept(e) korrekt ausgestellt? b) Nötige Überweisungen ausgestellt? c) Notwendige Aufklärungen erteilt und dokumentiert? d) Notwendige Formulare entsprechend ausgefüllt? e) Basisdokumentation/Anamnese vollständig?

! ist bei jedem Kontakt zu berücksichtigen. **!** sollte zumindest alle 3-4 Kontakte angesprochen werden.