

I Persönliche Daten:

| | | |
|-------------------------|-------------|-------------------|
| !1) Name: | | |
| !2) Geburtsdatum: | !3) SV.Nr.: | !4) Krankenvers.: |
| 5) Postadresse: | | |
| 6) Telefonnr.: | 8) Email: | |
| !7) Identitätsnachweis: | | |

II Anlass der Kontaktaufnahme:

| |
|--|
| |
|--|

III Konsumgeschichte / Suchtanamnese:

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| !9) Opioide: |
| !10) Benzodiazepine: |
| !11) Kokain: |
| !12) Alkohol: |
| 13) Andere: |
| 14) Nikotin: |
| 15) Spielsucht, oder andere nicht substanzabhängige Abhängigkeiten: |
| 16) i.v. Konsum: JA: <input type="checkbox"/> NEIN: <input type="checkbox"/> !17) Risikokonsum: |
| !18) Überdosierungen: |
| 19) Abstinente Phasen: |
| !20) Frühere Substitutionsbehandlung(en): |
| !21) Stationäre Behandlung(en): |

IV Sozialanamnese:

22) Wohnsituation:

23) Finanzielle Situation:

a) Einkommen:

b) Beihilfen/Gebührenbefreiung:

d) Verpflichtungen:

e) Schulden:

24) Ausbildung und Berufliche Situation:

25) Freizeit und Tagesstruktur:

a) Kommunikationsmöglichkeiten:

b) Führerschein / Mobilität:

26) Soziale Beziehungen: Partnerschaft /Sexualität/ Kinder/ Eltern/ Freundschaften:

a) Verhütung:

!27) Biographische Besonderheiten:

!a) Besachaltung:

28) Rechtliches:

a) Aktuelles:

b) Früheres:

V Medizinische Anamnese:**I**29) Aktuelle Medikation:

30) Neurologische-Psychiatrische Anamnese:

Ia) Aktuelle Auffälligkeiten in der Behandlungssituation:**I**b) Neurologische/Psychiatrische Vorbehandlungen:

31) Somatische Erkrankung:

Ia) Hep. B: Bisher kein Test: Impfung: Datum: _____
 Datum letzter Test: _____
 Ergebnis letzter Test: neg. pos. Hep. D

Hep. C: Bisher kein Test: Datum letzter Test: _____
 Ergebnis letzter Test: neg. pos. Behandlung: wo: _____

Hep. A: Bisher kein Test: Impfung: Datum: _____
 Datum letzter Test: _____
 Ergebnis letzter Test: neg. pos.

Ib) HIV: Bisher kein Test: In Behandlung: seit: _____ bei wem: _____Datum letzter Test: _____ Ergebnis letzter Test: neg. pos. **I**c) Epilept. Anfälle: Ja Nein: Behandlung: bei wem: _____**I**d) Andere:**I**32) Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten:33) Impfungen: Tetanus: Datum _____**I**34) Somatischer Status:**I**a) Aktuelle Entzugssymptome subjektiv: Keine: Mild: Mässig: Schwer: **I**b) Aktuelle Entzugssymptome objektiv: Keine: Mild: Mässig: Schwer: **I**c) Beeinträchtigung/ Intox.zeichen: Keine: Gering: Deutlich: Somnolent: **I**d) Letzter Konsum: was: _____ wann: _____ wie viel: _____35) Weiterführende Untersuchungen (**I**inkl. Drogenharn):

| VI Wichtige Kontaktadressen: | |
|---------------------------------|------|
| Apotheke: | Tel: |
| Amtsarzt: | Tel: |
| Vertrauensperson: | Tel: |
| Suchtberatungsstelle: | Tel: |
| FA f. Psychiatrie: | Tel: |
| Psychotherapie: | Tel: |
| Sozialarbeit / Bewährungshilfe: | Tel: |
| Sachwalter | Tel: |
| | Tel: |
| | Tel: |
| | Tel: |
| | Tel: |
| | Tel: |
| | Tel: |

| VII Checkliste: | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1) Vor Erstverschreibung: | |
| !a) Diagnose der Opioidabhängigkeit gesichert? (Drogenanamn., Drogenharn, Somat. Status) | <input type="checkbox"/> |
| !b) Umfassende Aufklärung erfolgt: Risiken (Überdosierungsrisiko, Bedienung von KFZ und Maschinen, Kindersicherheit, etc.) Nebenwirkungen, Behandlungsalternativen und Behandlungsbedingungen? | <input type="checkbox"/> |
| !c) Mittel erster Wahl (Methadon, Buprenorphin) berücksichtigt, Abweichung durch Feststellung der Unverträglichkeit gegenüber Mittel erster Wahl dokumentiert? | <input type="checkbox"/> |
| 2) Vor erstem Dauerrezept: | |
| !a) Einnahmemodalitäten und Abgabemodus festgelegt? | <input type="checkbox"/> |
| !b) Behandlungsvertrag unterzeichnet? | <input type="checkbox"/> |
| !c) Meldung an zuständigen Amtsarzt über Behandlungsbeginn erfolgt? | <input type="checkbox"/> |
| !d) Fachärztliche Zweitmeinung eingeholt? (<18a obligat, <20a empfohlen?) | <input type="checkbox"/> |
| 3) Fakultativ (aber empfohlen): | |
| a) Abklärung möglicher abstinenzorientierter Behandlungsalternativen erfolgt ? | <input type="checkbox"/> |
| b) Umgang mit Beikonsum geregelt? | <input type="checkbox"/> |
| c) Rezeptkopie mitgegeben? | <input type="checkbox"/> |
| d) Weitere erforderliche Untersuchungen angeordnet? | <input type="checkbox"/> |