



**SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG  
FORMULAR ABSCHLUSS**

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**

Einrichtung

Name Vorname

Strasse PLZ/Ort

Telefon Mobiltel.

Fax E-Mail

**BEHANDLUNG**

S1. Datum Behandlungsende (letzte Präparat-Abgabe) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (Tag/Monat/Jahr)

S2. Art der Beendung

- 1  planmässig ohne Überweisung
- 2  planmässig mit Überweisung
- 3  Wohnortwechsel
- 4  Hospitalisierung
- 5  Inhaftierung
- 6  Kontaktverlust
- 7  expliziter Abbruch/Ausschluss
- 8  Tod

S3. Wird die Substitutionsbehandlung bei einem anderen verschreibenden Arzt weitergeführt?

- 1  ja (→genauere Angaben; S3.1)
- 2  nein
- 1  nicht bekannt

S3.1 Name und Adresse der Ärztin/des Arztes, die/der die Verschreibung weiterführen wird

Name Vorname

Strasse PLZ/Ort

Telefon Mobiltel.

Fax E-Mail

S4. Substitutionspräparat (Substanz) vor Behandlungsende

- 1  Methadon ( z.B. Methadon Streuli®, Ketalgin®)
- 2  Buprenorphin (z.B. Temgesic®, Subutex®)
- 3  retardiertes Morphin (z.B. Kapanol®, Sevre-Long®, MST®)
- 4  Oxycodon (z.B. Oxycotin®, Oxycodon Sandoz®)
- 5  anderes, nämlich

Anderes Substitutionspräparat:

S5. Exakte Präparatbezeichnung: \_\_\_\_\_



**S17. Vorwiegende Einkommensquelle (letzte 30 Tage)**

- 1  Erwerbseinkommen
- 2  Ersparnisse
- 3  Rente (AHV, IV und andere Altersvorsorge)
- 4  Sozialhilfe/Fürsorge
- 5  Arbeitslosenversicherung
- 6  durch Partner/Partnerin
- 7  durch Eltern/andere Familienmitglieder/  
Freundin(nen)/Freund(e)
- 8  dealen/Kleinhandel mit Drogen
- 9  andere illegale Einkünfte
- 10  anschaffen gehen/Prostitution
- 11  Taggeldversicherung
- 12  andere, *nämlich*

Andere Einkommensquelle: \_\_\_\_\_

-1  nicht bekannt

**S18. Eigene Kinder?**

- 1  ja      2  nein (→weiter mit S19.)      -1  nicht bekannt

**S18.1 Lebt mit eigenen Kindern?**

- 1  ja      2  nein      -1  nicht bekannt

Anmerkungen/Kommentare \_\_\_\_\_

**PROBLEMBEZUGENE ASPEKTE**

**F19. Problemsubstanzen (problematischer/häufiger Konsum) (letzte 30 Tage) (mehrere Antworten möglich)**

- a  keine  
b  Alkohol

**S19.1 Einnahmehäufigkeit alkoholischer Getränke (letzte 30 Tage)**

- 1  täglich      3  2-3 Tage pro Woche      5  kein Konsum  
2  4-6 Tage pro Woche      4  max. 1 Tag pro Woche      -1  nicht bekannt

**S19.2 Anzahl an einem typischen Tag konsumierter Standardgetränke**

- 1  1 oder 2      3  5 oder 6      5  10 oder mehr  
2  3 oder 4      4  7 bis 9      -1  nicht bekannt

**S19.3 Häufigkeit der Anlässe, an denen 6 oder mehr Standardgetränke konsumiert werden**

- 1  nie      3  jeden Monat      5  jeden Tag oder fast jeden Tag  
2  weniger als 1-mal pro Monat      4  jede Woche      -1  nicht bekannt

c  Heroin/andere Opioide **S19.4 Einnahmehäufigkeit von anderen Opioiden (letzte 30 Tage)**

- 1  täglich      3  2-3 Tage pro Woche      5  kein Konsum  
2  4-6 Tage pro Woche      4  max. 1 Tag pro Woche      -1  nicht bekannt

**S19.5 Vorwiegende Einnahmeart von anderen Opioiden (letzte 30 Tage)**

- 1  injizieren      3  essen/trinken      -1  nicht bekannt  
2  rauchen/inhalieren      4  sniffen

**S19.6 – 19.11**

**Einnahmehäufigkeit von weiteren Problemsubstanzen (letzte 30 Tage)**

	täglich	4-6 Tage pro Woche	2-3 Tage pro Woche	max. 1 Tag pro Woche	kein Konsum	nicht bekannt	Alter bei Erstgebrauch
d <input type="checkbox"/> Kokain und Derivate	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	-1 <input type="checkbox"/>	____ (Alter)
e <input type="checkbox"/> andere Stimulanzien	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	-1 <input type="checkbox"/>	____ (Alter)
f <input type="checkbox"/> Hypnotika/Sedativa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	-1 <input type="checkbox"/>	____ (Alter)
g <input type="checkbox"/> Cannabis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	-1 <input type="checkbox"/>	____ (Alter)
h <input type="checkbox"/> andere, <i>nämlich</i>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	-1 <input type="checkbox"/>	____ (Alter)

Andere Problemsubstanz(en): \_\_\_\_\_

x  nicht bekannt

**S20. Wurde in den letzten 30 Tagen vor Behandlungsende eine illegale Substanz injiziert? (alle Substanzen)**

- 1  ja      2  nein, nicht in den letzten 30 Tagen      -1  nicht bekannt

Anmerkungen/Kommentare \_\_\_\_\_

**GESUNDHEIT**

**S21. Allgemeiner somatischer Zustand der Patientin/des Patienten**

1  sehr gut      2  gut      3  mittelmässig      4  schlecht      5  sehr schlecht      -1  nicht bekannt

**S22. Allgemeiner psychischer Zustand der Patientin/des Patienten**

1  sehr gut      2  gut      3  mittelmässig      4  schlecht      5  sehr schlecht      -1  nicht bekannt

**Anmerkungen/Kommentare** .....