

# Arztbogen

Arztcode: \_\_\_\_\_ Patienten-Initialen: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  m  w  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Größe: \_\_\_\_\_ cm  
 Kostenträger:  AOK  BKK  andere GKV  
 Ersatzkassen  Selbstzahler  Sozialamt  andere: .....  
 Behinderung:  nein  ja wenn ja, Grad in %: \_\_\_\_\_  
 Bei mir in Behandlung seit: \_\_\_\_\_ Monaten bzw. \_\_\_\_\_ Jahren

## 1 Wie wird der Patient *aktuell* substituiert? (Substitutionsmittel und Dosierung)

Ja	Tagesdosis	Seit...? Monaten bzw. Jahren	Dosierungsstatus 1=stabil, 2=Auf, 3=Abdosierung	Verabreichung/Kommentar (z.B. Tablette, Saft, Mischung)
<input type="checkbox"/>	Methadon _____ mg	..... bzw. ....	.....	.....
<input type="checkbox"/>	Levo-Methadon _____ mg	..... bzw. ....	.....	.....
<input type="checkbox"/>	Buprenorphin _____ mg	..... bzw. ....	.....	Einnahme alle _____ Tage
<input type="checkbox"/>	Codein _____ mg	..... bzw. ....	.....	.....
<input type="checkbox"/>	andere ..... _____ mg	..... bzw. ....	.....	.....

## 2 Frühere Substitutionsbehandlungen?

Anzahl	Alter beim 1. Mal	Dauer gesamt in Monaten	Gründe für Wechsel (Mehrfachangaben möglich, Nr. oder Text)	<b>Glossar:</b> 1 = Nebenwirkungen, 2 = Complianceprobleme, 3 = disziplinarischer Abbruch, 4 = Beigebrauch, 5 = Rückfall, 6 = Schwangerschaft, 7 = psychische Komplikationen, 8 = Entzug/ Abstinenz, 9 = Arztentscheidung, 10 = andere, z.B. Praxisschließung
_____	Methadon	_____	_____	
_____	Levo-Methadon	_____	_____	
_____	Buprenorphin	_____	_____	
_____	Codein	_____	_____	
_____	andere .....	_____	_____	

## 3 In welchem Modus soll der Patient das Substitut *aktuell* (letzte 7 Tage) einnehmen? (Mehrfachangaben möglich)

in der Praxis an \_\_\_\_\_ Tage(n)/ Woche  in der Apotheke an \_\_\_\_\_ Tage(n)/ Woche  
 Take Home an \_\_\_\_\_ Tage(n)/ Woche  Wochenend-Take Home  
 Take Home seit \_\_\_\_\_ Monaten bzw. \_\_\_\_\_ Jahren Anzahl Take Home Tage (letzte 7 Tagen) \_\_\_\_\_

## 4 In den *letzten 4 Wochen*, wie beurteilen Sie:

	entfällt	sehr gut	gut	schlecht	sehr schlecht
<input type="checkbox"/> Einnahmecompliance des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Wirksamkeit der aktuellen Dosierung beim Patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verträglichkeit (NW) des Substituts beim Patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Patienten-Zufriedenheit mit dem Substitut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Motivation mitzuarbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ausmaß der Entzugssymptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> gar keine	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> stark
<input type="checkbox"/> Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> gar keine	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> stark

## 5 In den *letzten 4 Wochen*: Wie oft war der Patient *insgesamt* in Ihrer Einrichtung?

nahezu täglich Wenn weniger: ..... mal/ Woche oder ..... mal/ Monat

**6 In den letzten 4 Wochen, wie häufig und wie lange hatten Sie persönlichen Kontakt zu Ihrem Patienten?**

..... mal/ Woche oder ..... mal/ Monat je Besuch ca. [ ] [ ] [ ] Minuten

**7 Wie kam (Vermittlung) der Patient zur Substitutionstherapie? (alles Zutreffende angeben)**

- von sich aus (ohne Vermittlung)
- Anraten/ Druck von Familie/ Freunden
- Arbeitgeber, Schule, Aus-, Umschulungseinrichtung
- Gesundheits-, Sozial-, Jugendamt
- Justizbehörden/ strafrechtliche Maßregel
- Suchtberatungsstelle
- andere Dienste, welche? .....
- niedergelassene Ärzte
- im Rahmen einer HIV-Therapie
- im Rahmen einer Hepatitis-C Therapie
- Stationäre Suchteinrichtungen (Entgiftung/ Entwöhnung)
- Krankenhaus
- Niedergelassene Psychologen/ Psychotherapeuten

**8 In den letzten 4 Wochen: Beurteilen Sie für jede Substanz, ob ein problematischer Konsum ("schädlicher Konsum" nach ICD-10) oder eine Abhängigkeit (Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10) vorliegt!**

	kein Konsum		wenn Konsum		Schweregrad Abhängigkeit		
	Konsum	Konsum	Problematischer Konsum?	Abhängigkeit?	leicht	mittel	schwer
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine (einschließlich Ecstasy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaf-/ Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9 Welches sind die Gründe für die aktuelle Substitutionsbehandlung? (Mehrfachangaben möglich)**

- Patient nicht zur Abstinenztherapie bereit
- bisherige nicht-medikamentöse Abstinenztherapie nicht erfolgreich
- Wechsel des Mittels/ bisherige Substitutionsbehandlung nicht erfolgreich
- Wiederaufnahme der Substitution nach Abbruch
- kurzfristige (3–6 Monate) Substitution als Übergang/ Überbrückung
- langfristige (>6 Monate) Substitution  mit Abstinenz  ohne Abstinenz als Ziel
- Therapie gravierender psychischer Komorbidität (z.B. Psychose, Depression etc.)
- Therapie gravierender körperlicher Begleiterkrankungen (z.B. Hepatitis, HIV, KHK etc.)
- gravierende verhaltensbezogene Risiken (z.B. Sexualität, Sprizentausch, Beschaffungskriminalität etc.)
- andere .....

**10 Wie schätzen Sie unter Berücksichtigung von Problemlage und Interventionsmöglichkeiten bei diesem Patienten die Chance ein, Ihre Behandlungsziele zu erreichen? (Erfolgsprognose für 6 Monate)**

	entfällt	sehr wahrscheinlich	mittel	unwahrscheinlich
Motivations-/ Beziehungsaufbau für Substitution (Problembewusstsein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollkommene Opiat-/ Substitutionsmittelfreiheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivation für Beginn drogen-/ substituitionsfreien Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soziale Stabilisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduktion körperlicher Komorbidität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduktion psychischer Komorbidität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduktion des Gebrauchs <u>illegaler Drogen</u> (z.B. Begleitkonsum etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstinenz von <u>allen illegalen Drogen</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduktion von legalen Substanzen (z.B. Alkohol, psychotrope Medikamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gesundheitliche Risikoreduktion (z.B. Spritzenaustausch, Sexualität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risikoreduktion kriminellen Verhaltens (z.B. Beschaffungskriminalität, Drogenhandel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11 Welche weiteren Einrichtungen/ Dienste sind/ sollten in die Therapie dieses Patienten einbezogen werden?**

	nicht erforderlich	schon realisiert	erforderlich und geplant	erforderlich, aber nicht verfügbar /machbar
stationäre Entgiftungseinrichtung (Vorbereitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogenberatungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychiatrische/ psychotherapeutische Fachambulanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entschuldungsstelle/ -dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
betreutes Wohnen/ Wohngruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beruflicher Reha-Dienste/ Arbeitsprojekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialdienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfeorganisationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übergangseinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einbeziehung Internist (z.B. Hepatologe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einbeziehung Psychiater/ Nervenarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einbeziehung Psychologen/Psychotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12 Welche der folgenden Interventionen und Themen (WHO Care Modalitäten) haben Sie oder Ihr Personal mit dem Patienten in den letzten 4 Wochen in der Praxis/ Einrichtung bearbeitet?**

	ja	nicht indiziert	schon früher durchgeführt	erfolgt durch andere Dienste
Motivations- und Beziehungsaufbau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufklärung zu Substanzmissbrauch/ -abhängigkeit/ Risiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufklärung zu Substitutionsmittel (z.B. Gebrauch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfen zur Schadensreduktion (z.B. Spritzenaustausch, HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrolle und Besprechen des Beigebrauchs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interne/ externe Versorgungs-/ Behandlungsplankoordination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krisenintervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interventionen beim sozialen Netzwerk (z.B. Familie, Bekannte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfen bei Alltagsanforderungen (z.B. Haushalt, Wohnen, Beruf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapie körperlicher Erkrankungen (z.B. KHK, HIV, Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapie psychischer Erkrankungen - medikamentös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapie psychischer Erkrankungen - psychotherapeutisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13 Welche der folgenden Behandlungen wurden mit dem Patienten jemals und in den letzten 6 Monaten durchgeführt?** (Bitte Anzahl [0 = nie] eintragen bzw. Zutreffendes ankreuzen)

	geschätzte Anzahl jemals bzw. ja/ nein	In den letzten Monaten	wenn ja, Tage stationär
stationärer qualifizierter Entzug/ Entgiftung	..... mal	<input type="checkbox"/>	____
stationäre drogenfreie Therapie	..... mal	<input type="checkbox"/>	____
stationäre psychiatrische/ psychotherap. Behandlung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	____
andere stationäre Therapien (Hepatitis, AIDS, Notfall, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	____
ambulanter Entzug	..... mal	<input type="checkbox"/>	
ambulante drogenfreie Therapie	..... mal	<input type="checkbox"/>	
ambulante psychiatrische/ psychotherap. Behandlung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	
andere ambulante Therapien (Hepatitis, AIDS, Notfall, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	
andere.....	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	____

**14a Bitte geben Sie an, wie der aktuelle Gesundheitszustand des Patienten ist!** (Grad der Auffälligkeit)

	unauffällig (gesund)	leicht	deutlich	auffällig (schwerst krank)
Beweglichkeit/ Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für sich selbst sorgen (z.B. Ernährung/ Körperpflege)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Haushalt, alltägliche Aktivitäten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen/ körperliche Beschwerden (körperliche Morbidität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst/ Niedergeschlagenheit (psychische Morbidität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14b Verglichen mit dem Gesundheitszustand vor 6 Monaten (bzw. seit Behandlungsbeginn), wie geht es dem Patienten jetzt** (letzten 4 Wochen)?

- besser                       im Großen und Ganzen etwa gleich                       schlechter

**15 Aktueller Allgemeinzustand**                      **16 Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?**

- gut             reduziert             schlecht                       nein     ja, im ..... Monat

**17 EKG/ Herz**

- Herzrhythmus:     normal                       fraglich pathologisch                       pathologisch

**18 Aktueller Intoxikationsgrad**

- ohne Befund     etwas     mäßig     stark    durch .....(Substanz)  
Anzahl schwerer Intoxikationen (letzte 6 Monate) .....

**19 Aktuelle Entzugssymptomatik:**

- ohne Befund     etwas     mäßig     stark    durch .....(Substanz)

**20 Aktuelle Suizidalität**

- ohne Befund     etwas     mäßig     stark    Anzahl Suizidversuche jemals .....  
Anzahl Suizidversuche in den letzten 6 Monaten .....

**21 Dermatologischer Score**

- Anzahl ..... frische Einstichstellen            Anzahl ..... Rötungen mit Durchmesser größer als 5 mm

## 22 Labor-/ Therapiestatus ausgewählter Erkrankungen:

	Antikörper		Wenn positiv, Erstdiagnose vor		Therapie ja	Wenn keine Therapie, warum? (1=Compliance, 2=Rückfall, 3=keine med. Notwendigkeit, 4=Kosten-Nutzen, 5=keine Therapiemöglichkeit, 6=andere, welche?)
	nicht durchgeführt	negativ	positiv	Jahren bzw. Monaten		
HIV/ AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahren bzw. _____ Monaten	<input type="checkbox"/>	.....
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahren bzw. _____ Monaten	<input type="checkbox"/>	.....
Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahren bzw. _____ Monaten	<input type="checkbox"/>	.....
Genotyp: <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> bekannt und zwar .....					aktuelle Viruslast (PCR) .....	

## 23 An welchen körperlichen Erkrankungen leidet der Patient? (Alle aktuellen Diagnosen - Klartext oder ICD-10-Nr.)

	ja	nein	Verdacht
andere (nicht in 22 genannte) Lebererkrankungen (z.B. Zirrhose – K74), welche? ..... ICD Nr. ____ • ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kardiovaskuläre Erkrankungen (z.B. Endokarditis – I33, Myokarditis), welche? ..... ICD Nr. ____ • ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pulmonale Erkrankungen (z.B. TBC – A15/ 16), welche? ..... ICD Nr. ____ • ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen (z.B. Niereninsuffizienz – N18), welche? ..... ICD Nr. ____ • ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gastrointestinale Erkrankungen (z.B. Ösophagitis – K20), welche? ..... ICD Nr. ____ • ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neurologische Erkrankung (z.B. arzneimittelinduziertes Parkinsonsyndrom – G21), welche? ..... ICD Nr. ____ • ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere, welche? ..... ICD Nr. ____ • ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... ICD Nr. ____ • ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 24 An welchen psychischen Erkrankungen leidet der Patient? Wie ist der aktuelle Schweregrad?

(1 = ein Grenzfall, 2 = nur leicht, 3 = mäßig krank, 4 = schwer krank, 5 = extrem schwer krank)

Ja	Schweregrad
<input type="checkbox"/> Demenz, amnestische, andere kognitive Störungen (F00-09), welche .....	_____
<input type="checkbox"/> Schizophrenie, andere psychotische Störungen (F20-29), welche .....	_____
<input type="checkbox"/> manische/ hypomanische Störungen (bipolare, Manie, Hypomanie) (F30-31), welche .....	_____
<input type="checkbox"/> Depressive Störungen (F32-33), welche .....	_____
<input type="checkbox"/> Angststörungen (F40-41), welche .....	_____
<input type="checkbox"/> Somatoforme Störungen (F45) (z.B. Schmerzsyndrom), welche .....	_____
<input type="checkbox"/> Primäre oder sekundäre Schlafstörungen (F51), welche .....	_____
<input type="checkbox"/> Akute und chronische Stress Störungen (F43) (z.B. PTSD, Anpassungsstörungen), welche .....	_____
<input type="checkbox"/> Antisoziale Persönlichkeitsstörung (F60,2) .....	_____
<input type="checkbox"/> Borderline Persönlichkeitsstörung (F60,3) .....	_____
<input type="checkbox"/> andere Persönlichkeitsstörungen (F60-69), welche .....	_____
<input type="checkbox"/> andere .....	ICD-Nr _____

**25 Aktuelle Medikation** (alle Medikamente einschl. Psychopharmaka, aber ohne Substitutionsmittel):

Päparat (bitte Substanzname angeben)	Verschreibung/ Einnahme seit	
	(Wochen bzw. Monaten)	
.....		Wochen bzw.         Monaten
.....		Wochen bzw.         Monaten
.....		Wochen bzw.         Monaten
.....		Wochen bzw.         Monaten
.....		Wochen bzw.         Monaten
.....		Wochen bzw.         Monaten
.....		Wochen bzw.         Monaten
.....		Wochen bzw.         Monaten
.....		Wochen bzw.         Monaten
.....		Wochen bzw.         Monaten

**26 Welche nicht verschriebene Substanzen nahm der Patient in den letzten 4 Wochen ein?**

Bitte geschätzte Anzahl der Tage mit Konsum in den letzten 4 Wochen sowie aktuelles Urinscreening-Ergebnis eintragen!

	Anzahl Tage	Screening positiv/negativ		Anzahl Tage	Screening positiv/negativ
Alkohol, jeglicher Gebrauch	.....		Kokain	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Alkohol, bis zur Trunkenheit	.....		Methamphetamine/ Ecstasy	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Opiate (z.B. Heroin)	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Amphetamine	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Methadon (Schwarzmarkt)	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Benzodiazepine	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Halluzinogene (z.B. LSD)	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cannabis	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Codein/ DHC (Schwarzmarkt)	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Andere .....		

**27 Wie oft und wie prüften Sie in den letzten 4 Wochen den Beigebrauch?** (ohne heutiges Screening)

	Anzahl	wann zuletzt	Nie, weil...
		in Wochen	
<input type="checkbox"/> Urintest (Befunde beifügen)	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Gespräch, körperliche Untersuchung, Geruchskontrolle	.....	.....	.....

**28 Inwieweit glauben Sie stimmen Ihre Therapieziele mit den Therapiezielen des Patienten überein?**

gar nicht 0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 vollständig

