



## 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"/> anderes: _____ 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, Loestrasse 37, 7000 Chur					
	<input type="checkbox"/> Andere Beratungsstelle: _____					
	Name der 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"/> in Zimmer - allein				
<input type="checkbox"/> in Angehorigenwohnung (z.B. bei Eltern)		<input type="checkbox"/> Notschlafstelle/Gasse				
<input type="checkbox"/> in eigener Wohnung (ev. 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

-----  
Ärztin

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.

## Vertrag zur Substitutionstherapie

Nach Unterzeichnung des vorliegenden Behandlungsvertrages sind Sie in die Substitutionstherapie aufgenommen. Sie sind für sich zur Einsicht gekommen, dass Sie Suchtprobleme haben und Ihre gegenwärtige Lebenssituation verbessern möchten. Der tägliche Konsum von Heroin und anderen Suchtmitteln wird Ihre Probleme nicht lösen. Wir können mit Ihnen zusammen Ihre aktuelle Situation stabilisieren. Damit sich Ihre Lebensumstände verbessern können, sind wir auf Ihre aktive Mitarbeit angewiesen.

### *Von uns dürfen Sie erwarten:*

- Wir halten uns an die ärztliche Schweigepflicht.
- Wir unternehmen keine Handlungen ohne Ihr Wissen.
- Wir verpflichten uns, Ihnen täglich die vereinbarte Dosis Methadon bzw. Buprenorphin abzugeben oder dessen Abgabe an eine entsprechende Fachstelle zu delegieren.

### *Wir erwarten von Ihnen:*

- Sie legen alle Ihre Arztkontakte offen.
- Sie verpflichten sich, die vereinbarten Abgabezeiten einzuhalten, das verordnete Medikament regelmässig einzunehmen und allfällige Mitgaben für Dritte unerreikbaar aufzubewahren.
- Sie verzichten auf das Führen eines Motorfahrzeuges (inkl. Mofa), solange Sie nebst Methadon bzw. Buprenorphin andere Betäubungs-, Schmerz-, Beruhigungsmittel oder Alkohol zu sich nehmen.
- Sie verpflichten sich, bei vorhandenen psychosozialen Problemen mit einer Suchtberatungsstelle zusammenzuarbeiten, die vereinbarten Gesprächstermine einzuhalten und den Informationsaustausch zwischen Arztpraxis und psychosozialer Fachstelle zu ermöglichen.

Die unterzeichnenden Personen verpflichten sich hiermit, die im Behandlungsvertrag erwähnten Abmachungen einzuhalten. Es steht jeder Vertragspartei frei, den Vertrag sofort aufzulösen, sofern sie infolge Nichteinhalten des Vertrages durch eine andere Vertragspartei oder wegen anderen schwerwiegenden Umständen die weitere Zusammenarbeit als unzumutbar erachten.

-----  
Ort

-----  
Datum

-----  
Unterschrift der PatientIn

-----  
Unterschrift der Ärztin