



Substitutionstherapie - Abschlussbericht (Durch ÄrztIn auszufüllen)

PatientIn	Name: _____ Vorname: _____			
	Strasse: _____		PLZ / Ort: _____ / _____	
	Geburtsdatum: _____		Tel.: _____	
	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: _____	
ÄrztIn	Name: _____		Fachrichtung: _____	
	Vorname: _____			
	Strasse: _____		e-mail: _____	
	PLZ/Ort: _____ / _____		Tel.: _____ Fax: _____	
SuchtberaterIn	Name: _____		Institution: _____	
	Vorname: _____			
	Strasse: _____		e-mail: _____	
	PLZ/Ort: _____ / _____		Tel.: _____ Fax: _____	
Abgabeort	<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. Substitution	Substitutionsmedikament(e):			
	Medikation: <input type="checkbox"/> Methadon <input type="checkbox"/> Anderes: _____			
2. Aktueller Drogenkonsum		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"/>	_____

