

## Substitutionstherapie - Abschlussbericht (durch ÄrztIn auszufüllen)

<b>PatientIn</b>	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: _____
<b>ÄrztIn</b>	Name: _____ Fachrichtung: _____ Vorname: _____ Strasse: _____ E-Mail: _____ PLZ/Ort: ____ / _____ Tel.: _____ Fax: _____
<b>SuchtberaterIn</b>	Name: _____ Institution: _____ 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: _____
<b>1. Substitution</b>	<b>Substitutionsmedikament(e):</b>  <b>Medikation:</b> <input type="checkbox"/> Methadon <input type="checkbox"/> Anderes: _____ <input type="checkbox"/> Benzodiazepine: _____

<b>2. Aktueller Einstiegsalter Drogenkonsum</b>		täglich	1x oder weniger/Woche	
	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) anderes: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>3. 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>4. Sozialberatung</b>	<input type="checkbox"/> Sozialdienst für Suchtfragen, Loëstrasse 37, 7000 Chur			
	<input type="checkbox"/> Andere Beratungsstelle: _____			
	Name SozialberaterIn: _____			
	Strasse: _____ PLZ/Ort: _____/_____			
	Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____			
<b>5. Soziale Daten</b>	<b>5.1 Arbeit/Einkommen</b> (Mehrfachantwort möglich)			
	<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>5.2 Wohnen</b>				
<input type="checkbox"/> in eigener Wohnung	<input type="checkbox"/> Zimmer - allein			
<input type="checkbox"/> in Angehörigenwohnung (z.B. bei Eltern)	<input type="checkbox"/> Notschlafstelle/Gasse			
<input type="checkbox"/> in eigener Wohnung (evtl. 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>6. Bemerkungen</b>	_____			
	_____			
<b>7. Unterschrift ÄrztIn</b>	Ort/Datum: _____		Unterschrift: _____	