



Kantonsarzt Glarus

Fronacher 28

8755 Ennenda

Tel. 055 640 34 15

Fax. 055 640 73 57

Substitutionstherapie - Eintrittsfragebogen

Dieser Fragebogen ist strikt vertraulich.

Vor dem weiteren Gebrauch zur statistischen Auswertung werden die Patientendaten vollkommen anonymisiert.

Patientendaten

Name: _____

Nationalität: ☐ Schweiz ☐ Italien

Vorname: _____

☐ Spanien ☐ Deutschland

Datum

Strasse: _____

☐ Österreich ☐ Frankreich

Erstkonsultation

PLZ/Ort: _____ / _____

☐ Portugal ☐ Ex-Yugoslawien

____ / ____ / ____

Geburtsdatum: _____ / _____ / 19 _____

☐ anderes: _____☐ unbekannt

Ausländer 2. Generation:

☐ ja ☐ nein ☐ unbekanntGeschlecht: ☐ männlich ☐ weiblichZivilstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ unbekannt

Anzahl Kinder: _____

Behandelnde(r) Ärztin/Arzt

Behandelnde(r) Ärztin/Arzt

Name: _____

Funktion: _____

Vorname: _____

Institution: _____

Strasse: _____

Fachrichtung: _____

PLZ/Ort: _____ / _____

Tel: _____ Fax: _____

Beantragte Medikamente

Substitutionsmedikament(e):

☐ Methadon☐ anderes: _____**Dosis** (mg): _____ **Konsum:** _____ pro Tag **Abgabe:** _____ pro Woche **Form:** ☐ oral ☐ i.v.

Abgabe- modalitäten

Abgabe der Substitutionsmedikamente durch:

☐ Arzt/Klinik☐ Apotheke☐ Beratungsstelle☐ andere Stelle

Adresse Abgabeort:

Name: _____

Tel.: _____

Fax: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____ / _____

Aktueller Konsum	<table border="0"> <tr> <td></td><td> <table border="0"> <tr> <td>täglich</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>2-6 / Woche</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>1 oder weniger / Woche</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>nicht im letzten Monat</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>unbekannt</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </td><td> <table border="0"> <tr> <td>i.v.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>oral</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>rauchen/inhalieren</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>sniffen</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </td><td> Alter bei Konsumbeginn _____ </td></tr> </table> <table border="0"> <tr> <td>Alkohol</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>_____</td></tr> <tr> <td>Amphetamin/Ecstasy</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>_____</td></tr> <tr> <td>Barbiturate</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>_____</td></tr> <tr> <td>Benzodiazepine</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>_____</td></tr> <tr> <td>Cannabis</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>_____</td></tr> <tr> <td>Codein</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>_____</td></tr> <tr> <td>Halluzinogene</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>_____</td></tr> <tr> <td>Heroin</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>_____</td></tr> <tr> <td>Kokain</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>_____</td></tr> <tr> <td>Methadon (illegal)</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>_____</td></tr> <tr> <td>anderes:</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>_____</td></tr> </table>		<table border="0"> <tr> <td>täglich</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>2-6 / Woche</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>1 oder weniger / Woche</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>nicht im letzten Monat</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>unbekannt</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	täglich						2-6 / Woche						1 oder weniger / Woche						nicht im letzten Monat						unbekannt						<table border="0"> <tr> <td>i.v.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>oral</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>rauchen/inhalieren</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>sniffen</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	i.v.						oral						rauchen/inhalieren						sniffen						Alter bei Konsumbeginn _____	Alkohol	☐	☐	☐	☐	☐	☐	_____	Amphetamin/Ecstasy	☐	☐	☐	☐	☐	☐	_____	Barbiturate	☐	☐	☐	☐	☐	☐	_____	Benzodiazepine	☐	☐	☐	☐	☐	☐	_____	Cannabis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	_____	Codein	☐	☐	☐	☐	☐	☐	_____	Halluzinogene	☐	☐	☐	☐	☐	☐	_____	Heroin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	_____	Kokain	☐	☐	☐	☐	☐	☐	_____	Methadon (illegal)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	_____	anderes:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	_____
	<table border="0"> <tr> <td>täglich</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>2-6 / Woche</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>1 oder weniger / Woche</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>nicht im letzten Monat</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>unbekannt</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	täglich						2-6 / Woche						1 oder weniger / Woche						nicht im letzten Monat						unbekannt						<table border="0"> <tr> <td>i.v.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>oral</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>rauchen/inhalieren</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>sniffen</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	i.v.						oral						rauchen/inhalieren						sniffen						Alter bei Konsumbeginn _____																																																																																										
täglich																																																																																																																																																			
2-6 / Woche																																																																																																																																																			
1 oder weniger / Woche																																																																																																																																																			
nicht im letzten Monat																																																																																																																																																			
unbekannt																																																																																																																																																			
i.v.																																																																																																																																																			
oral																																																																																																																																																			
rauchen/inhalieren																																																																																																																																																			
sniffen																																																																																																																																																			
Alkohol	☐	☐	☐	☐	☐	☐	_____																																																																																																																																												
Amphetamin/Ecstasy	☐	☐	☐	☐	☐	☐	_____																																																																																																																																												
Barbiturate	☐	☐	☐	☐	☐	☐	_____																																																																																																																																												
Benzodiazepine	☐	☐	☐	☐	☐	☐	_____																																																																																																																																												
Cannabis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	_____																																																																																																																																												
Codein	☐	☐	☐	☐	☐	☐	_____																																																																																																																																												
Halluzinogene	☐	☐	☐	☐	☐	☐	_____																																																																																																																																												
Heroin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	_____																																																																																																																																												
Kokain	☐	☐	☐	☐	☐	☐	_____																																																																																																																																												
Methadon (illegal)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	_____																																																																																																																																												
anderes:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	_____																																																																																																																																												
i.v. Konsum	i.v. Drogenkonsum: ☐ ja, seit ____ Jahren ____ Monaten ☐ nein ☐ unbekannt																																																																																																																																																		
Frühere Entzüge	Frühere Entzüge/Therapien/Substitutionen: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt																																																																																																																																																		
Gesundheitszustand Grösse/Gewicht	<table border="0"> <tr> <td>Allgemeinzustand</td><td>☐ sehr schlecht</td><td>☐ schlecht</td><td>☐ mittel</td><td>☐ gut</td><td>☐ sehr gut</td></tr> <tr> <td>Psychischer Zustand</td><td>☐ sehr schlecht</td><td>☐ schlecht</td><td>☐ mittel</td><td>☐ gut</td><td>☐ sehr gut</td></tr> </table> Grösse: _____ cm Gewicht: _____, _____ kg	Allgemeinzustand	☐ sehr schlecht	☐ schlecht	☐ mittel	☐ gut	☐ sehr gut	Psychischer Zustand	☐ sehr schlecht	☐ schlecht	☐ mittel	☐ gut	☐ sehr gut																																																																																																																																						
Allgemeinzustand	☐ sehr schlecht	☐ schlecht	☐ mittel	☐ gut	☐ sehr gut																																																																																																																																														
Psychischer Zustand	☐ sehr schlecht	☐ schlecht	☐ mittel	☐ gut	☐ sehr gut																																																																																																																																														
Soziale Situation Betreuung	<table border="0"> <tr> <td>Soziale Situation</td><td>☐ sehr schlecht</td><td>☐ schlecht</td><td>☐ mittel</td><td>☐ gut</td><td>☐ sehr gut</td></tr> <tr> <td>Gibt es eine Betreuung?</td><td>☐ praxis-/institutionsintern</td><td>☐ externe Institution</td><td>☐ ja/beides</td><td>☐ nein</td><td></td></tr> </table>	Soziale Situation	☐ sehr schlecht	☐ schlecht	☐ mittel	☐ gut	☐ sehr gut	Gibt es eine Betreuung?	☐ praxis-/institutionsintern	☐ externe Institution	☐ ja/beides	☐ nein																																																																																																																																							
Soziale Situation	☐ sehr schlecht	☐ schlecht	☐ mittel	☐ gut	☐ sehr gut																																																																																																																																														
Gibt es eine Betreuung?	☐ praxis-/institutionsintern	☐ externe Institution	☐ ja/beides	☐ nein																																																																																																																																															
Ausbildung Beruf	Ausbildung, Beruf: ☐ Obligatorische Schule abgeschlossen ☐ Lehre (Diplom erhalten) ☐ Höhere, nicht universitäre Ausbildung ☐ Universität/Hochschule ☐ unbekannt																																																																																																																																																		
Einkommen	Aktuelle Einkommensverhältnisse: (Mehrfachantwort möglich) ☐ Vollzeitarbeit ☐ Hausfrau/mann ☐ Teilzeit _____ Std./Woche ☐ IV-Rente zu _____ % ☐ Gelegenheitsarbeit/Temporär ☐ anderes ☐ arbeitslos mit Unterstützung ☐ Schulden ☐ arbeitslos ohne Unterstützung ☐ unbekannt ☐ Sozialhilfe																																																																																																																																																		
Wohnen	Aktuelle Wohnsituation ☐ in eigener Wohnung ☐ in Zimmer - allein ☐ in Angehörigenwohnung (z.B. bei Eltern) ☐ Notschlafstelle/Gasse ☐ in eigener Wohnung (ev. Kinder) - mit Partner ☐ Spital/Institution ☐ Wohngemeinschaft (mit Freunden) ☐ Gefängnis ☐ anderes ☐ unbekannt																																																																																																																																																		
Zusatz-Bemerkungen	_____ _____																																																																																																																																																		
Stempel und Unterschrift der beantragenden Ärztin / Arztes	Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____																																																																																																																																																		
Bewilligung (Bitte leer lassen)	Bewilligung des Kantonsarztes: Gültig vom: _____ / _____ / _____ bis: _____ / _____ / _____ Ort und Datum : _____ Unterschrift: _____																																																																																																																																																		