



Gesundheits- und Sozialdepartement

Kantonsarzt
Hoferbad 2
9050 Appenzell
Telefon +41 71 788 94 51
Telefax +41 71 788 94 58
info@gsd.ai.ch
www.ai.ch

Substitutionstherapie - Eintrittsfragebogen

Dieser Fragebogen ist strikt vertraulich. Vor dem weiteren Gebrauch zur statistischen Auswertung werden die Patientendaten vollkommen anonymisiert.

Patientendaten	Name: _____	Nationalität: <input type="checkbox"/> Schweiz <input type="checkbox"/> Italien
	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Spanien <input type="checkbox"/> Deutschland
Datum Erstkonsultation	Strasse: _____	<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> Frankreich
	PLZ/Ort: ____ / _____	<input type="checkbox"/> Portugal <input type="checkbox"/> unbekannt
____ / ____ / ____	Geburtsdatum: ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> anderes: _____
	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<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: _____
Behandelnde(r) Ärztin/Arzt	Name: _____	Funktion: _____
	Vorname: _____	Institution: _____
	Strasse: _____	Fachrichtung: _____
	PLZ/Ort: ____ / _____	Tel: _____ Fax: _____
Beantragte Medikamente	Substitutionsmedikament(e): <input type="checkbox"/> Methadon <input type="checkbox"/> anderes: _____	
	Dosis (mg): ____ Konsum: ____ pro Tag Abgabe: ____ pro Woche Form: <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> i.v.	
Abgabe- modalitäten	Abgabe der Substitutionsmedikamente durch: <input type="checkbox"/> Arzt/Klinik <input type="checkbox"/> Apotheke <input type="checkbox"/> Beratungsstelle <input type="checkbox"/> andere Stelle	
	Adresse Abgabeort: Name: _____ Tel.: _____ _____ Fax: _____ Strasse: _____ PLZ/Ort: ____ / _____	
i.v. Konsum	i.v. Drogenkonsum: <input type="checkbox"/> ja, seit ____ Jahren ____ Monaten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	
Frühere Entzüge	Frühere Entzüge/Therapien/Substitutionen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	

Aktueller Drogenkonsum	Konsum					Form				Alter bei Konsumbeginn
	täglich	2-6 / Woche	1 oder weniger / Woche	nicht im letzten Monat	unbekannt	i.v.	oral	rauchen/inhalieren	sniffen	
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			_____
Amphetamin/Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
Barbiturate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			_____
Benzodiazepine	<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"/>		_____
Codein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			_____
Halluzinogene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Methadon (illegal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			_____
anderes: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Gesundheitszustand	Allgemeinzustand	<input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut
	Psychischer Zustand	<input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut
Grösse/Gewicht	Grösse: _____ cm	Gewicht: _____, _____ kg				

Soziale Situation	Soziale Situation	<input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut
--------------------------	-------------------	--	-----------------------------------	---------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

Betreuung	Gibt es eine Betreuung?	<input type="checkbox"/> praxis-/institutionsintern	<input type="checkbox"/> externe Institution	<input type="checkbox"/> beides	<input type="checkbox"/> nein
------------------	-------------------------	---	--	---------------------------------	-------------------------------

Ausbildung Beruf	Ausbildung, Beruf:	<input type="checkbox"/> Obligatorische Schule abgeschlossen	<input type="checkbox"/> Lehre (Diplom erhalten)	<input type="checkbox"/> unbenannt
		<input type="checkbox"/> Höhere, nicht universitäre Ausbildung	<input type="checkbox"/> Universität/Hochschule	

Einkommen	Aktuelle Einkommensverhältnisse: (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

Wohnen	Aktuelle Wohnsituation
	<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

Zusatz-Bemerkungen	_____

Unterschrift Ärztin/Arzt	Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____
----------------------------------	--

Bestätigung Patient / Patientin	Der/die Unterzeichnende ist mit der Übermittlung dieser Angaben an den Kantonsarzt einverstanden.
	Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____

Bewilligung	Bewilligung des Kantonsarztes:
(Bitte leer lassen)	Gültig vom: _____ / _____ / _____ bis: _____ / _____ / _____
	Ort und Datum : _____ Unterschrift: _____