



## 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.

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

<b>Gesundheitszustand</b>	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
<b>Grösse/Gewicht</b>	<b>Grösse:</b> _____ cm	<b>Gewicht:</b> _____, _____ kg				

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

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

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

<b>Einkommen</b>	<b>Aktuelle Einkommensverhältnisse:</b> (Mehrfachantwort möglich)
	<input type="checkbox"/> Vollzeitarbeit <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Hausfrau/mann</span> <input type="checkbox"/> Teilzeit _____ Std./Woche <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> IV-Rente zu _____ %</span> <input type="checkbox"/> Gelegenheitsarbeit/Temporär <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> anderes</span> <input type="checkbox"/> arbeitslos mit Unterstützung <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Schulden</span> <input type="checkbox"/> arbeitslos ohne Unterstützung <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> unbekannt</span> <input type="checkbox"/> Sozialhilfe

<b>Wohnen</b>	<b>Aktuelle Wohnsituation</b>
	<input type="checkbox"/> in eigener Wohnung <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> in Zimmer - allein</span> <input type="checkbox"/> in Angehorigenwohnung (z.B. bei Eltern) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Notschlafstelle/Gasse</span> <input type="checkbox"/> in eigener Wohnung (ev. Kinder) - mit Partner <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Spital/Institution</span> <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft (mit Freunden) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Gefängnis</span> <input type="checkbox"/> anderes _____ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> unbekannt</span>

<b>Zusatz-Bemerkungen</b>	_____
	_____

<b>Unterschrift Ärztin/Arzt</b>	Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____
----------------------------------	------------------------------------------

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

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