



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 – Verlaufs-/Abschlussbericht (durch den Arzt auszufüllen)

Bericht	<input type="checkbox"/> Verlaufsbericht	<input type="checkbox"/> Abschlussbericht
Patientendaten	Name: _____ Vorname: _____ Strasse: _____ PLZ/Ort: _____ / _____ Krankenkasse: _____	
Behandelnde(r) Ärztin/Arzt	Name: _____ Funktion: _____ Vorname: _____ Institution: _____ Strasse: _____ Fachrichtung: _____ PLZ/Ort: _____ / _____ Tel: _____ Fax: _____	
Substitution	Substitutionsmedikament(e): Medikation: <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.	
	Medikation: <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.	
	Medikation: <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: _____ / _____	
Verabreichung durch Drittperson	Name: _____ Tel.: _____ _____ Fax: _____ Strasse: _____ PLZ/Ort: _____ / _____	

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 Betreuung	Soziale Situation	<input type="checkbox"/>	sehr schlecht	<input type="checkbox"/>	schlecht	<input type="checkbox"/>	mittel	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	sehr gut	
	Gibt es eine Betreuung?	<input type="checkbox"/>	praxis-/institutionsintern	<input type="checkbox"/>	externe Institution	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	beides	<input type="checkbox"/>	nein
Aktuelle Arbeitsverhältnisse (Mehrfachantwort möglich)	<input type="checkbox"/> Vollzeitarbeit <input type="checkbox"/> Teilzeit _____ Std./Woche <input type="checkbox"/> Gelegenheitsarbeit/Temporär <input type="checkbox"/> arbeitslos mit Unterstützung <input type="checkbox"/> arbeitslos ohne Unterstützung <input type="checkbox"/> Sozialhilfe					<input type="checkbox"/> Hausfrau/mann <input type="checkbox"/> IV-Rente zu _____ % <input type="checkbox"/> anderes <input type="checkbox"/> Schulden <input type="checkbox"/> unbekannt						
Wohnen	<input type="checkbox"/> in eigener Wohnung <input type="checkbox"/> in Angehorigenwohnung (z.B. bei Eltern) <input type="checkbox"/> in eigener Wohnung (ev. Kinder) - mit Partner <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft (mit Freunden) <input type="checkbox"/> anderes _____					<input type="checkbox"/> in Zimmer - allein <input type="checkbox"/> Notschlafstelle/Gasse <input type="checkbox"/> Spital/Institution <input type="checkbox"/> Gefängnis <input type="checkbox"/> unbekannt						
Behandlungsende	Abgabe der letzten Dosis am: _____ <input type="checkbox"/> Entscheid Arzt / Institution <input type="checkbox"/> Abbruch durch den Patienten/die Patientin <input type="checkbox"/> Wegzug des Patienten / der Patientin* <input type="checkbox"/> Gefängnisaufenthalt <input type="checkbox"/> mit ärztl. Betreuung <input type="checkbox"/> ohne ärztl. Betreuung <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> Kantonswechsel					<input type="checkbox"/> Abstinenz, soz.-berufl. Wiedereinglied. <input type="checkbox"/> Abstinenz, schwierige Situation <input type="checkbox"/> ohne Nachricht und/oder Rückfall <input type="checkbox"/> Arztwechsel* <input type="checkbox"/> anderes _____ Name: _____ Adresse: _____ PLZ/Ort: _____						
Zusatzbemerkungen	_____ _____ _____											
Unterschrift Ärztin/Arzt	Ort und Datum: _____					Unterschrift: _____						

Bewilligung
Bewilligung des Kantonsarztes:

(Bitte leer lassen)

Gültig vom: _____ / _____ / _____ bis: _____ / _____ / _____

Ort und Datum : _____ Unterschrift: _____