

Erfassungsbogen Substitution

Datum:

Personalien

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ

Wohnort

Telefon

.....

E-Mail

Krankenkasse

Bezugsperson (Familie, Angehörige, Freunde etc.)

Name

Adresse

.....

Telefon

.....

E-Mail

Arbeitgeber

Adresse

.....

Gesundheit

Datum:

Name:

Vorname:

Größe:

Gewicht:

Allgemein

- kräftig
- ständig müde
- kraftlos
- Schwitzen

Schlafstörung

- keine
- Einschlafstörungen
- Durchschlafstörungen

Ernährung

- Untergewicht
- normal
- Übergewicht
- Essattacken
- Erbrechen
- Diäten
- unregelmäßiges Essen

Zähne:

- in Ordnung
- Karies
- Ruinen
- Gebiss

Haut:

- in Ordnung
- Abszesse
- Ausschläge
- Parasiten (Läuse, Krätze u.ä.)

Infektionen

- keine
- Hepatitis
 - Hep A, festgestellt (Jahr), durch (Arzt)
 - Hep B, festgestellt (Jahr), durch (Arzt)
 - Hep C, festgestellt (Jahr), durch (Arzt)
- HIV, festgestellt (Jahr), durch (Arzt)
- andere Infektionen
- davon behandelt wurden:
(welche?, wann?)
- Nadeltausch in letzten 6 Monaten
- gemeinsames Wasser zum „Aufkochen“ (wie oft?)

Leber

- in Ordnung
- schlechte Werte
- Hepatitis (s.oben)
- Zirrhose

Lunge

- in Ordnung
- Luftnot
- Bronchitis
- Asthma
- Tbc

Krampfanfälle

- keine
- im Entzug
- unabhängig von Entzug
- letzter Anfall vorTagen/Wochen/Monaten
- medikamentös behandelt mit:

Magen/Darm

- in Ordnung
- Magenschmerzen/Übelkeit
- Gastritis/ Magengeschwür
- Durchfall
- Verstopfung

- Periode**
- regelmäßig
 - keine
 - unregelmäßig
 - Hormopräparat (Pille/ 3-Monatsspritze)
 - letzte Periode wann?

- Sexualität**
- | | | | |
|----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| in letzten 6 Monaten | kein Sex | ja | Kondome |
| | fester Sexualpartner | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | wechselnde Partner: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | Prostitution | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Operationen

Welche?

.....

.....

.....

Sonstige **aktuelle Krankheiten:**

.....

.....

.....

Datum der **letzten Blutentnahme:**

Drogenvorgeschichte

Zigaretten Alter bei Beginn:

Anzahl Zigaretten/Tag heute:

Alkohol Alter bei Beginn:

regelmäßig Alkohol ja nein

erster Rausch mit Jahren

heutiger Konsum Gläser/Tag

Alkoholbedingte Probleme bisher:

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Vergiftung | <input type="radio"/> Entzug |
| <input type="radio"/> Delir | <input type="radio"/> Krampfanfall |
| <input type="radio"/> Führerscheinverlust | <input type="radio"/> Arbeitsplatzverlust |

Tabletten Alter bei Beginn:

regelmäßig Tabletten ja nein

- | | ab wann | wie viele | wie oft |
|--|---------|-----------|---------|
| <input type="radio"/> Diazepam | | | |
| <input type="radio"/> Flunitrazepam | | | |
| <input type="radio"/> Bromazepam | | | |
| <input type="radio"/> Oxazepam | | | |
| <input type="radio"/> Clonazepam | | | |
| <input type="radio"/> Tetrazepam | | | |
| <input type="radio"/> andere Benzodiaz. (welche) | | | |
| <input type="radio"/> Doxepin (welche?) | | | |
| <input type="radio"/> Trimipramin | | | |
| <input type="radio"/> andere Antidepr. (welche) | | | |
| <input type="radio"/> Luminal | | | |
| <input type="radio"/> Medinox | | | |
| <input type="radio"/> Vesparax | | | |

Cannabis erster Konsum mit Jahren
heutiger Konsum nie
 gelegentlich
 regelmäßig

Opiate erster Konsum mit Jahren
 unregelmäßig von bis
 regelmäßig von bis
geschnupft seit gespritzt seit abhängig seit

Codein (Saft/Tabletten) erster Konsum mit Jahren
 unregelmäßig von bis
 regelmäßig von bis

Methadon erster Konsum mit Jahren
 unregelmäßig von bis
 regelmäßig von bis
geschluckt seit gespritzt seit abhängig seit

Buprenorphin erster Konsum mit Jahren
 unregelmäßig von bis
 regelmäßig von bis
gelutscht seit geschnupft seit gespritzt seit abhängig seit

Kokain erster Konsum mit Jahren
 unregelmäßig von bis
 regelmäßig von bis
geschnupft seit gespritzt seit abhängig seit

Amphetamine Speed Crystal
erster Konsum mit Jahren
 unregelmäßig von bis
 regelmäßig von bis
abhängig seit

Ecstasy erster Konsum mit Jahren
 unregelmäßig von bis
 regelmäßig von bis
abhängig seit

Halluzinogene LSD Pilze
erster Konsum mit Jahren
 unregelmäßig von bis
 regelmäßig von bis
abhängig seit

Aktueller Konsum (ohne die während der Substitution verabreichten Medikamente)

	x-mal/Tag (bitte ungefähre Zahl eintragen)	x-mal/Woche	x-mal/Monat	ungefähre Menge
Zigaretten
Bier
Wein
Schnaps/Wodka
Flunitrazepam
Diazepam
Benzodiazepine (Sonstige)
Doxepin
Trimipramin
Antidepressiva (Sonstige)
Luminal
Barbiturate (Sonstige)
Cannabis
Heroin
Codein
Methadon
Buprenorphin
Kokain
Speed
Crystal
Ecstasy
LSD
Andere

Name:

Therapie

wann und wo

Entzüge

abgeschlossen

abgebrochen

Entwöhnungstherapie

abgeschlossen

abgebrochen

insgesamt „clean“ in den letzten 1 2 5 10 Jahren
für Monate für Jahre

Substitutionsgestützte Behandlung

noch nie früher derzeit

Arzt:

	Menge	Zeitraum
Methadon/Polamidon [®]		
Subutex [®] /Suboxone [®]		
Codein/DHC		

Suchtberatung

Wo

Wie oft

Suchtberater(in)

letzter Kontakt

Grund für letzten Rückfall

- | | | |
|---|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Entzugserscheinungen | <input type="radio"/> Opiathunger | <input type="radio"/> Angebot |
| <input type="radio"/> Depression | <input type="radio"/> Angst | <input type="radio"/> Panik |
| <input type="radio"/> Krisensituation | <input type="radio"/> Partnerschaft | <input type="radio"/> Freunde |
| <input type="radio"/> Unruhe/Unausgeglichenheit | <input type="radio"/> Schlafstörungen | <input type="radio"/> Sonstiges |

Name:

Psychische Entwicklung

Depressionen/Stimmungstiefs:

- keine erstmals mit Jahren
 vor Beginn des Drogenkonsums
 ausgelöst durch
 bei oder nach Entzügen
 unabhängig von Entzügen
 während Drogenkonsum wann sonst

derzeit ständig oft selten gar nicht

Selbstmordgedanken

- keine erstmals mit Jahren
- Häufigkeit vereinzelt immer wieder
derzeit ständig oft selten gar nicht

Anzahl Selbstmordversuche
wie
zuletzt wann
Krankenhaus wegen Überdosis/ Intoxikation: mal

Angstzustände

- keine erstmals mit Jahren
- derzeit ständig oft selten gar nicht

Ich habe Angst vor
.....
.....

- der Zukunft Krankheiten
 meine Arbeit zu verlieren keine Arbeit mehr zu finden
 meine Eltern/ meinen Partner/ meine Kinder zu enttäuschen
 die Anforderungen der Substitutionsbehandlung/ einer späteren Entgiftung/
Entwöhnung nicht zu schaffen

Misshandlungen/ Verletzungen/ Vergewaltigungen

- als Kind
 als Jugendliche/r
 in letzter Zeit

Name:

Wohnen

- Mietwohnung
- Wohngemeinschaft
- Untermiete
- Verwandtschaft/Eltern
- Notschlafstelle
- Pension
- ohne festen Wohnsitz
- Notunterkunft bei Freunden/Bekanntem

Höhe der Monatsmiete Euro

Ausbildung

- Hauptschule
- Qualifizierter Abschluss
 - Lehre
 - abgebrochen
 - beendet
- Mittlere Reife
- (Fach-)Abitur
- Studium
 - abgebrochen
 - beendet

derzeitiger Beruf

- als Angestellter tätig
- Beamter
- Selbständig
- arbeitslos gemeldet
 - Umschulung
 - Sozialhilfe- oder ALG II-Empfänger
- in Schule
- in Berufsausbildung
- bekomme Krankengeld
- habe Job (ohne Sozialhilfe)
- ohne Job

Erlerner Beruf:

.....

Ausgeübter Beruf:

.....

Familiäre Situation

- ledig
- verheiratet
- getrennt lebend
- geschieden
- verwitwet
- fester Partner
 - ohne Drogenkonsum
 - mit Drogenkonsum
- kein fester Partner
- Kinder (Anzahl):
 - zu Hause betreut
 - anderweitig betreut
 - bei dem anderen Elternteil

Name:

Lebensunterhalt

- Lohn aus Angestelltentätigkeit Selbständige Tätigkeiten
 Gelegenheitstätigkeiten Unterstützung durch Angehörige
 ALG I ALG II/ Hartz IV
 Sozialhilfe Krankengeld

Schulden

- keine Bankschulden Sonstige
- unter 2500,-Euro 2500 - 5.000 Euro
 5.000 - 10.000 Euro über 10.000 Euro
 Privatinsolvenz

Strafen

Anzahl Vorstrafen
Anzahl Haftstrafen letzter Aufenthalt JVA von bis
Haftdauer insgesamt:

offene Strafen laufende Verfahren
 Haft
 Bewährung Bewährungshelfer:
 Bewährungsauflagen:

Betreuungspflegschaft Name:

Delikt

	vor Beginn der Drogenabhängigkeit	nach Beginn	offenes Verfahren	keine Aussagen
Verstoß gegen BTM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigentum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperverletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betrug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Räuberische Erpressung	<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"/>

Name:

Persönliche Pläne, Wünsche, Ziele für die Substitutionsbehandlung

Gewünschtes Substitutionsmittel

Methadon 1% Buprenorphin Andere

Möglichst **hohe Dosis**, um "satt" zu sein und keinen Beigebrauch zu haben

ja nein weiß nicht

Möglichst **niedrige Dosis**, um "nicht noch abhängiger" zu werden

ja nein weiß nicht

Welche Dosierung glauben Sie zu benötigen?mg oder ml

Dauerhafte Substitution, um Erreichtes nicht zu gefährden und "wackelig" zu werden

ja nein weiß nicht

Langsames Herunterdosieren

ja nein weiß nicht

Wenn ja, über welchen Zeitraum?

Überwindung des Beigebrauchs von

Heroin ja kein Thema weiß nicht

Codein ja kein Thema weiß nicht

Benzodiazepinen ja kein Thema weiß nicht

Amphetamine ja kein Thema weiß nicht

Cannabis ja kein Thema weiß nicht

Alkohol ja kein Thema weiß nicht

Überbrückung bis Therapie

ja nein weiß nicht

wenn ja, über welchen Zeitraum?

Längerfristige Substitutionsbehandlung

ja nein weiß nicht

wenn ja, über welchen Zeitraum?

Überbrückung bis Inhaftierung

ja nein weiß nicht

wenn ja, über welchen Zeitraum?

Was für Ziele haben Sie sonst noch im Rahmen Ihrer Substitutionsbehandlung?

	was ?	bis wann erreichbar?
Wohnsituation
Beziehungen
Freizeitgestaltung
Ausbildung/Arbeitsplatzsituation
Justiz/Kriminalität/Delinquenz
Schuldenabbau
körperliche Stabilität
seelische Stabilität
Beigebrauchfreiheit

persönliche Erläuterungen hierzu und sonstige eigene Ziele/Wünsche:

.....
.....
.....

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift des/der Patienten/in)

.....
(Name in Druckschrift)

Ziele der Substitutionsbehandlung und therapeutisches Vorgehen

Was soll geändert werden?	Wie soll vorgegangen werden?	Zeitlicher Rahmen
Kooperation in der Substitution <input type="checkbox"/> regelmäßiges Erscheinen <input type="checkbox"/> Pünktlichkeit <input type="checkbox"/> Umgang		
Allgemeines Erscheinungsbild <input type="checkbox"/> Hygiene <input type="checkbox"/> Ernährungszustand		
Gesundheitszustand		
Psychischer Zustand Angst/Depression/Wahn/Sonstiges		
Beigebrauch <input type="checkbox"/> Benzodiazepine <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Heroin <input type="checkbox"/> Amphetamine/ Kokain <input type="checkbox"/> Sonstige		
Beziehungen <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Kinder <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Freunde <input type="checkbox"/> ohne Drogenkonsum <input type="checkbox"/> mit Drogenkonsum <input type="checkbox"/> Sonstige		
Wohnsituation		
Ausbildungs-/Arbeitssituation		
Freizeitgestaltung		
Schulden		
Justizielle Belastung		
Delinquenz		