


Ambassadorshof
 Riedholzplatz 3
 4509 Solothurn
 Telefon 032 627 93 71
 Telefax 032 627 93 50
 gesundheit.substitution@ddi.so.ch

**SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG
 FORMULAR EINTRITT**

Kantonsinterne Patientenummer
 (durch den Kantonsärztlichen Dienst auszufüllen):



ADMINISTRATIVE ANGABEN

PATIENTIN/PATIENT

Geschlecht 1 männlich 2 weiblich

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--

 (Tag/Monat/Jahr)

Erste Staatsangehörigkeit

Zweite Staatsangehörigkeit

Heimatort (CH)

Zivilstand

- 1 ledig
- 2 verheiratet
- 3 getrennt (gerichtlich)
- 4 geschieden
- 5 verwitwet
- 6 registrierte Partnerschaft
- 1 nicht bekannt

Name Vorname

Strasse PLZ/Ort

BEHANDELNDE/R ÄRZTIN/ARZT

Einrichtung

Name Vorname

Strasse PLZ/Ort

Telefon Mobiltel.

Fax E-Mail

BEHANDLUNG

E1. Beginn der Behandlung (Datum)

--	--	--	--	--	--	--	--

 (Tag/Monat/Jahr)

E2. Handelt es sich um die allererste Substitutionsbehandlung im Leben?
 1 ja (→weiter mit E2.3) 2 nein -1 nicht bekannt

E2.1 Handelt es sich bei der aktuellen Substitutionsbehandlung um eine Anschlussbehandlung?
 1 ja, ohne Unterbruch 2 nein, die Person war nicht mehr in Substitutionsbehandlung

E2.2 Datum des eigentlichen Beginns der hier fortgesetzten Substitutionsbehandlung
 (unabhängig von Änderungen in der Betreuungszuständigkeit)


--	--	--	--	--	--	--	--

 (Tag/Monat/Jahr)


E2.3 Gab es je eine andere Art der drogenbezogenen Betreuungen wegen Suchtproblemen?
 1 ja 2 nein -1 nicht bekannt

E3. Substitutionspräparat (Substanz)

- 1 Methadon (z.B. Methadon Streuli®, Ketalgin®)
- 2 Buprenorphin (z.B. Temgesic®, Subutex®)
- 3 retardiertes Morphin (z.B. Kapanol®, Sevre-Long®, MST®)
- 4 Oxycodon (z.B. Oxycotin®, Oxycodon Sandoz®)
- 5 anderes, nämlich

 Anderes Substitutionspräparat: _____

E4. Galenische Form

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Lösung (oral) | 4 <input type="checkbox"/> Injektionslösung |
| 2 <input type="checkbox"/> Tabletten | 5 <input type="checkbox"/> andere, <i>nämlich</i> |
| 3 <input type="checkbox"/> Kapseln |  Andere galenische Form: _____ |

E5. Tagesdosis (mg/Tag): _____ mg/Tag

E6. Jetzige Abgabestelle


- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> verschreibende Instanz (Ärztin/Arzt oder Einrichtung) | 4 <input type="checkbox"/> Gefängnis |
| 2 <input type="checkbox"/> Einrichtung (andere als verschreibende Instanz) | 5 <input type="checkbox"/> andere |
| 3 <input type="checkbox"/> Apotheke | |

E6.1 Name und Adresse der Abgabestelle

Name der Abgabestelle _____
 Strasse _____
 PLZ/Ort _____

E7. Verabreichung durch Drittinstanz






(im Falle, dass das Präparat nicht direkt der Patientin/dem Patienten abgegeben wird)

- 1 ja, *nämlich*  Name und Adresse der Drittinstanz:
 2 nein

Vollständiger Name _____
 Strasse _____
 PLZ/Ort _____

E8. Zusatzmedikation (therapeutische Gruppen)

(mehrere Antworten möglich)

- a keine
- b Benzodiazepine mit kurzer Halbwertszeit
 Exakte Präparat-Bezeichnung: _____
- c Benzodiazepine mit langer Halbwertszeit
 Exakte Präparat-Bezeichnung: _____
- d andere Beruhigungsmittel/Schlafmittel/Sedativa
 Exakte Präparat-Bezeichnung: _____
- e opioide Analgetika
 Exakte Präparat-Bezeichnung: _____
- f Psychostimulanzien (z.B. Ritalin®, Modasomil®)
 Exakte Präparat-Bezeichnung: _____
- g Neuroleptika
- h Antidepressiva
- i Antiepileptika
- j HIV-Behandlung
- k Hepatitis-Behandlung
- l nicht-opioide Analgetika
- m Antabus
- n Verhütungsmittel
- o andere, *nämlich*

 Dosis (mg/Tag): _____
 Dosis (mg/Tag): _____
 Dosis (mg/Tag): _____
 Dosis (mg/Tag): _____
 Dosis (mg/Tag): _____

 Andere Zusatzmedikation: _____

Anmerkungen/Kommentare _____

PROBLEMBEZOGENE ASPEKTE

Anmerkung: Bei Personen im Substitutionsprogramm wird Heroingebrauch als Hauptproblem vorausgesetzt.

E9. Vorwiegende Einnahmeart von Heroin (letzte 30 Tage)

- 1 injizieren 2 rauchen/inhalieren 3 essen/trinken 4 sniffen 5 kein Konsum -1 nicht bekannt

E10. Alter bei Erstgebrauch von Heroin (Jahre)

E11. Weitere Problemsubstanzen (problematischer/häufiger Konsum) (letzte 30 Tage) (mehrere Antworten möglich)

- | | |
|--|---|
| a <input type="checkbox"/> keine | f <input type="checkbox"/> Cannabis |
| b <input type="checkbox"/> Alkohol | g <input type="checkbox"/> andere, <i>nämlich</i> |
| c <input type="checkbox"/> Kokain und Derivate | Andere Problemsubstanz(en): |
| d <input type="checkbox"/> andere Stimulanzien | _____ |
| e <input type="checkbox"/> Hypnotika/Sedativa | x <input type="checkbox"/> nicht bekannt |

E12. Wurde je eine illegale Substanz injiziert? (alle Substanzen)

- 1 ja 2 nie (→weiter mit E13.) -1 nicht bekannt

E12.1 In den letzten 12 Monaten injiziert?

- 1 ja 2 nein, nicht in den letzten 12 Monaten (→weiter mit E12.3) -1 nicht bekannt

E12.2 In den letzten 30 Tagen injiziert?

- 1 ja 2 nein, in den letzten 12 Monaten aber nicht in den letzten 30 Tagen -1 nicht bekannt

E12.3 Alter bei Erstinjektion (Jahre)

E12.4. Je eine Nadel/Spritze mit einer anderen Person gemeinsam benutzt?

- 1 ja 2 nie (→weiter mit E13.) -1 nicht bekannt

E12.5 Gemeinsame Nutzung von Spritzmaterial in den letzten 12 Monaten?

- 1 ja 2 nein, nicht in den letzten 12 Monaten (→weiter mit E13.) -1 nicht bekannt

E12.6 Gemeinsame Nutzung von Spritzmaterial in den letzten 30 Tagen?

- 1 ja 2 nein, in den letzten 12 Monaten aber nicht in den letzten 30 Tagen -1 nicht bekannt

Anmerkung _____

GESUNDHEIT

E13. Wurde jemals ein HIV-Test durchgeführt?

- 1 nein, nie 3 ja, letzter Test in den letzten 12 Monaten (→weiter mit E13.1)
 2 ja, letzter Test vor über 12 Monaten (→weiter mit E13.1) -1 nicht bekannt

E13.1 Falls ja, HIV-Status

- 1 zum ersten Mal positiv vor über 12 Monaten 3 HIV-Test negativ
 2 zum ersten Mal positiv in den letzten 12 Monaten -1 nicht bekannt

Anmerkungen/Kommentare _____

Bestätigung und Unterschrift der/des Patientin/Patienten

Die unterzeichnende Person stimmt der vorgesehenen Behandlung, der Weitergabe dieses Einverständnisses an die/den Kantonsärztin/Kantonsarzt und, falls erforderlich, dem Informationsaustausch zwischen der/dem aktuell und vorangehend verschreibenden Ärztin/Arzt zu.

Unterschrift der Patientin / des Patienten

Unterschrift (und Stempel) der verschreibenden Ärztin / des verschreibenden Arztes