

Arztbogen

Arztcode: _____ Patienten-Initialen: _____ Geschlecht: m w
 Geburtsdatum: _____._____._____ Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm
 Kostenträger: AOK BKK andere GKV
 Ersatzkassen Selbstzahler Sozialamt andere:
 Behinderung: nein ja wenn ja, Grad in %: _____
 Bei mir in Behandlung seit: _____ Monaten bzw. _____ Jahren

1 Wie wird der Patient *aktuell* substituiert? (Substitutionsmittel und Dosierung)

Ja	Tagesdosis	Seit...? Monaten bzw. Jahren	Dosierungsstatus 1=stabil, 2=Auf-, 3=Abdosierung	Verabreichung/Kommentar (z.B. Tablette, Saft, Mischung)
<input type="checkbox"/>	Methadon _____ mg	..... bzw. ....	.....	.....
<input type="checkbox"/>	Levo-Methadon _____ mg	..... bzw. ....	.....	.....
<input type="checkbox"/>	Buprenorphin _____ mg	..... bzw. ....	.....	Einnahme alle _____ Tage
<input type="checkbox"/>	Codein _____ mg	..... bzw. ....	.....	.....
<input type="checkbox"/>	andere _____ mg	..... bzw. ....	.....	.....

2 Frühere Substitutionsbehandlungen?

Anzahl	Alter beim 1. Mal	Dauer gesamt in Monaten	Gründe für Wechsel (Mehrfachangaben möglich, Nr. oder Text)	Glossar: 1 = Nebenwirkungen, 2 = Complianceprobleme, 3 = disziplinarischer Abbruch, 4 = Beigebrauch, 5 = Rückfall, 6 = Schwangerschaft, 7 = psychische Komplikationen, 8 = Entzug/ Abstinenz, 9 = Arztentscheidung, 10 = andere, z.B. Praxisschließung
_____	Methadon	_____	_____	
_____	Levo-Methadon	_____	_____	
_____	Buprenorphin	_____	_____	
_____	Codein	_____	_____	
_____	andere	_____	_____	

3 In welchem Modus soll der Patient das Substitut *aktuell* (letzte 7 Tage) einnehmen? (Mehrfachangaben möglich)

in der Praxis an _____ Tage(n)/ Woche in der Apotheke an _____ Tage(n)/ Woche
 Take Home an _____ Tage(n)/ Woche Wochenend-Take Home
 Take Home seit _____ Monaten bzw. _____ Jahren Anzahl Take Home Tage (letzte 7 Tagen) _____

4 In den *letzten 4 Wochen*, wie beurteilen Sie:

	entfällt	sehr gut	gut	schlecht	sehr schlecht
<input type="checkbox"/> Einnahmecompliance des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Wirksamkeit der aktuellen Dosierung beim Patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verträglichkeit (NW) des Substituts beim Patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Patienten-Zufriedenheit mit dem Substitut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Motivation mitzuarbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ausmaß der Entzugssymptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> gar keine	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> stark
<input type="checkbox"/> Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> gar keine	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> stark

5 In den *letzten 4 Wochen*: Wie oft war der Patient *insgesamt* in Ihrer Einrichtung?

nahezu täglich Wenn weniger: mal/ Woche oder mal/ Monat

6 In den letzten 4 Wochen, wie häufig und wie lange hatten Sie persönlichen Kontakt zu Ihrem Patienten?

..... mal/ Woche oder mal/ Monat je Besuch ca. [] [] [] Minuten

7 Wie kam (Vermittlung) der Patient zur Substitutionstherapie? (alles Zutreffende angeben)

- von sich aus (ohne Vermittlung)
- Anraten/ Druck von Familie/ Freunden
- Arbeitgeber, Schule, Aus-, Umschulungseinrichtung
- Gesundheits-, Sozial-, Jugendamt
- Justizbehörden/ strafrechtliche Maßregel
- Suchtberatungsstelle
- andere Dienste, welche?
- niedergelassene Ärzte
- im Rahmen einer HIV-Therapie
- im Rahmen einer Hepatitis-C Therapie
- Stationäre Suchteinrichtungen (Entgiftung/ Entwöhnung)
- Krankenhaus
- Niedergelassene Psychologen/ Psychotherapeuten

8 In den letzten 4 Wochen: Beurteilen Sie für jede Substanz, ob ein problematischer Konsum ("schädlicher Konsum" nach ICD-10) oder eine Abhängigkeit (Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10) vorliegt!

	kein Konsum		wenn Konsum		Schweregrad Abhängigkeit		
	Konsum	Konsum	Problematischer Konsum?	Abhängigkeit?	leicht	mittel	schwer
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotin	<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"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine (einschließlich Ecstasy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaf-/ Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 Welches sind die Gründe für die aktuelle Substitutionsbehandlung? (Mehrfachangaben möglich)

- Patient nicht zur Abstinenztherapie bereit
- bisherige nicht-medikamentöse Abstinenztherapie nicht erfolgreich
- Wechsel des Mittels/ bisherige Substitutionsbehandlung nicht erfolgreich
- Wiederaufnahme der Substitution nach Abbruch
- kurzfristige (3–6 Monate) Substitution als Übergang/ Überbrückung
- langfristige (>6 Monate) Substitution mit Abstinenz ohne Abstinenz als Ziel
- Therapie gravierender psychischer Komorbidität (z.B. Psychose, Depression etc.)
- Therapie gravierender körperlicher Begleiterkrankungen (z.B. Hepatitis, HIV, KHK etc.)
- gravierende verhaltensbezogene Risiken (z.B. Sexualität, Spriztentausch, Beschaffungskriminalität etc.)
- andere

10 Wie schätzen Sie unter Berücksichtigung von Problemlage und Interventionsmöglichkeiten bei diesem Patienten die Chance ein, Ihre Behandlungsziele zu erreichen? (Erfolgsprognose für 6 Monate)

	entfällt	sehr wahrscheinlich	mittel	unwahrscheinlich
Motivations-/ Beziehungsaufbau für Substitution (Problembewusstsein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollkommene Opiat-/ Substitutionsmittelfreiheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivation für Beginn drogen-/ substituitionsfreien Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soziale Stabilisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduktion körperlicher Komorbidität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduktion psychischer Komorbidität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduktion des Gebrauchs <u>illegaler Drogen</u> (z.B. Begleitkonsum etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstinenz von <u>allen illegalen Drogen</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduktion von legalen Substanzen (z.B. Alkohol, psychotrope Medikamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gesundheitliche Risikoreduktion (z.B. Spritzenaustausch, Sexualität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risikoreduktion kriminellen Verhaltens (z.B. Beschaffungskriminalität, Drogenhandel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 Welche weiteren Einrichtungen/ Dienste sind/ sollten in die Therapie dieses Patienten einbezogen werden?

	nicht erforderlich	schon realisiert	erforderlich und geplant	erforderlich, aber nicht verfügbar /machbar
stationäre Entgiftungseinrichtung (Vorbereitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogenberatungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychiatrische/ psychotherapeutische Fachambulanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entschuldungsstelle/ -dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
betreutes Wohnen/ Wohngruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beruflicher Reha-Dienste/ Arbeitsprojekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialdienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfeorganisationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übergangseinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einbeziehung Internist (z.B. Hepatologe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einbeziehung Psychiater/ Nervenarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einbeziehung Psychologen/Psychotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12 Welche der folgenden Interventionen und Themen (WHO Care Modalitäten) haben Sie oder Ihr Personal mit dem Patienten in den letzten 4 Wochen in der Praxis/ Einrichtung bearbeitet?

	ja	nicht indiziert	schon früher durchgeführt	erfolgt durch andere Dienste
Motivations- und Beziehungsaufbau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufklärung zu Substanzmissbrauch/ -abhängigkeit/ Risiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufklärung zu Substitutionsmittel (z.B. Gebrauch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfen zur Schadensreduktion (z.B. Spritzenaustausch, HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrolle und Besprechen des Beigebrauchs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interne/ externe Versorgungs-/ Behandlungsplankoordination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krisenintervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interventionen beim sozialen Netzwerk (z.B. Familie, Bekannte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfen bei Alltagsanforderungen (z.B. Haushalt, Wohnen, Beruf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapie körperlicher Erkrankungen (z.B. KHK, HIV, Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapie psychischer Erkrankungen - medikamentös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapie psychischer Erkrankungen - psychotherapeutisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13 Welche der folgenden Behandlungen wurden mit dem Patienten jemals und in den letzten 6 Monaten durchgeführt? (Bitte Anzahl [0 = nie] eintragen bzw. Zutreffendes ankreuzen)

	geschätzte Anzahl jemals bzw. ja/ nein	In den letzten Monaten	wenn ja, Tage stationär
stationärer qualifizierter Entzug/ Entgiftung	..... mal	<input type="checkbox"/>	____
stationäre drogenfreie Therapie	..... mal	<input type="checkbox"/>	____
stationäre psychiatrische/ psychotherap. Behandlung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	____
andere stationäre Therapien (Hepatitis, AIDS, Notfall, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	____
ambulanter Entzug	..... mal	<input type="checkbox"/>	
ambulante drogenfreie Therapie	..... mal	<input type="checkbox"/>	
ambulante psychiatrische/ psychotherap. Behandlung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	
andere ambulante Therapien (Hepatitis, AIDS, Notfall, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	
andere.....	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	____

14a Bitte geben Sie an, wie der aktuelle Gesundheitszustand des Patienten ist! (Grad der Auffälligkeit)

	unauffällig (gesund)	leicht	deutlich	auffällig (schwerst krank)
Beweglichkeit/ Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für sich selbst sorgen (z.B. Ernährung/ Körperpflege)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Haushalt, alltägliche Aktivitäten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen/ körperliche Beschwerden (körperliche Morbidität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst/ Niedergeschlagenheit (psychische Morbidität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14b Verglichen mit dem Gesundheitszustand vor 6 Monaten (bzw. seit Behandlungsbeginn), wie geht es dem Patienten jetzt (letzten 4 Wochen)?

- besser im Großen und Ganzen etwa gleich schlechter

15 Aktueller Allgemeinzustand **16 Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?**

- gut reduziert schlecht nein ja, im Monat

17 EKG/ Herz

- Herzrhythmus: normal fraglich pathologisch pathologisch

18 Aktueller Intoxikationsgrad

- ohne Befund etwas mäßig stark durch(Substanz)
Anzahl schwerer Intoxikationen (letzte 6 Monate)

19 Aktuelle Entzugssymptomatik:

- ohne Befund etwas mäßig stark durch(Substanz)

20 Aktuelle Suizidalität

- ohne Befund etwas mäßig stark Anzahl Suizidversuche jemals
Anzahl Suizidversuche in den letzten 6 Monaten

21 Dermatologischer Score

- Anzahl frische Einstichstellen Anzahl Rötungen mit Durchmesser größer als 5 mm

22 Labor-/ Therapiestatus ausgewählter Erkrankungen:

	Antikörper		Wenn positiv, Erstdiagnose vor		Therapie ja	Wenn keine Therapie, warum? (1=Compliance, 2=Rückfall, 3=keine med. Notwendigkeit, 4=Kosten-Nutzen, 5=keine Therapiemöglichkeit, 6=andere, welche?)
	nicht durchgeführt	negativ	positiv	Jahren bzw. Monaten		
HIV/ AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahren bzw. _____ Monaten	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahren bzw. _____ Monaten	<input type="checkbox"/>
Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahren bzw. _____ Monaten	<input type="checkbox"/>
Genotyp: <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> bekannt und zwar					aktuelle Viruslast (PCR)	

23 An welchen körperlichen Erkrankungen leidet der Patient? (Alle aktuellen Diagnosen - Klartext oder ICD-10-Nr.)

	ja	nein	Verdacht
andere (nicht in 22 genannte) Lebererkrankungen (z.B. Zirrhose – K74), welche? ICD Nr. ____ • ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kardiovaskuläre Erkrankungen (z.B. Endokarditis – I33, Myokarditis), welche? ICD Nr. ____ • ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pulmonale Erkrankungen (z.B. TBC – A15/ 16), welche? ICD Nr. ____ • ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen (z.B. Niereninsuffizienz – N18), welche? ICD Nr. ____ • ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gastrointestinale Erkrankungen (z.B. Ösophagitis – K20), welche? ICD Nr. ____ • ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neurologische Erkrankung (z.B. arzneimittelinduziertes Parkinsonsyndrom – G21), welche? ICD Nr. ____ • ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere, welche? ICD Nr. ____ • ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... ICD Nr. ____ • ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24 An welchen psychischen Erkrankungen leidet der Patient? Wie ist der aktuelle Schweregrad?

(1 = ein Grenzfall, 2 = nur leicht, 3 = mäßig krank, 4 = schwer krank, 5 = extrem schwer krank)

Ja	Schweregrad
<input type="checkbox"/> Demenz, amnestische, andere kognitive Störungen (F00-09), welche	_____
<input type="checkbox"/> Schizophrenie, andere psychotische Störungen (F20-29), welche	_____
<input type="checkbox"/> manische/ hypomanische Störungen (bipolare, Manie, Hypomanie) (F30-31), welche	_____
<input type="checkbox"/> Depressive Störungen (F32-33), welche	_____
<input type="checkbox"/> Angststörungen (F40-41), welche	_____
<input type="checkbox"/> Somatoforme Störungen (F45) (z.B. Schmerzsyndrom), welche	_____
<input type="checkbox"/> Primäre oder sekundäre Schlafstörungen (F51), welche	_____
<input type="checkbox"/> Akute und chronische Stress Störungen (F43) (z.B. PTSD, Anpassungsstörungen), welche	_____
<input type="checkbox"/> Antisoziale Persönlichkeitsstörung (F60,2)	_____
<input type="checkbox"/> Borderline Persönlichkeitsstörung (F60,3)	_____
<input type="checkbox"/> andere Persönlichkeitsstörungen (F60-69), welche	_____
<input type="checkbox"/> andere	ICD-Nr _____

25 Aktuelle Medikation (alle Medikamente einschl. Psychopharmaka, aber ohne Substitutionsmittel):

Päparat (bitte Substanzname angeben)	Verschreibung/ Einnahme seit (Wochen bzw. Monaten)	
.....	_ _	_ _
.....	_ _	_ _
.....	_ _	_ _
.....	_ _	_ _
.....	_ _	_ _
.....	_ _	_ _
.....	_ _	_ _
.....	_ _	_ _
.....	_ _	_ _
.....	_ _	_ _

26 Welche nicht verschriebene Substanzen nahm der Patient in den letzten 4 Wochen ein?

Bitte geschätzte Anzahl der Tage mit Konsum in den letzten 4 Wochen sowie aktuelles Urinscreening-Ergebnis eintragen!

	Anzahl Tage	Screening positiv/negativ		Anzahl Tage	Screening positiv/negativ
Alkohol, jeglicher Gebrauch		Kokain	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Alkohol, bis zur Trunkenheit		Methamphetamine/ Ecstasy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Opiate (z.B. Heroin)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Amphetamine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Methadon (Schwarzmarkt)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Benzodiazepine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Halluzinogene (z.B. LSD)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cannabis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Codein/ DHC (Schwarzmarkt)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Andere		

27 Wie oft und wie prüften Sie in den letzten 4 Wochen den Beigebrauch? (ohne heutiges Screening)

	Anzahl	wann zuletzt in Wochen	Nie, weil...
<input type="checkbox"/> Urintest (Befunde beifügen)
<input type="checkbox"/> Gespräch, körperliche Untersuchung, Geruchskontrolle

28 Inwieweit glauben Sie stimmen Ihre Therapieziele mit den Therapiezielen des Patienten überein?

gar nicht 0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 vollständig

