

Arztbogen

Arztcode: _____ Patienten-Initialen: _____ Geschlecht: _____ Geburtsjahr: _____
 Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm
 Kostenträger: AOK BKK andere GKV Sozialamt priv. KV
 Ersatzkassen Selbstzahler andere: _____
 Behinderung: nein ja Wenn ja, Grad in %: _____

1 Ist der Patient weiterhin bei Ihnen in Behandlung?

- ja, der Patient ist weiterhin bei mir in Behandlung (⇒ weiter bei Frage 2)
 nein, der Patient ist nicht mehr bei mir in Behandlung, eine ausführliche Beurteilung ist mir
 möglich (⇒ weiter bei Frage 2 & bitte das Ausfallblatt ausfüllen)
 nicht möglich (⇒ bitte das Ausfallblatt ausfüllen)

2 Wird der Patient **aktuell** substituiert? (Substitutionsmittel und Tages-Dosierung)

nein, die letzte Substitution erfolgte _____ Monat _____ Jahr

ja, mit folgendem Substitutionmittel:

	derzeitige Dosis	seit...?	Dosierungsstatus 1=stabil, 2=Aufdosierung, 3=Abdosierung	Verabreichung/Kommentar 1=Saft/Mischung, 2=Tablette, 3=anderes
<input type="checkbox"/> Methadon	..... mg	..... Monaten	.....	.....
<input type="checkbox"/> Levo-Methadon	..... mg	..... Monaten	.....	.....
<input type="checkbox"/> Buprenorphin	..... mg	..... Monaten	.....	Einnahme jeden.....Tag
<input type="checkbox"/> Codein	..... mg	..... Monaten	.....	.....
<input type="checkbox"/> andere .....	..... mg	..... Monaten	.....	.....

3 Mussten Sie in den **letzten 12 Monaten** die Behandlung unterbrechen?

- nein ja, Mal
 Was waren die Gründe? (siehe Glossar)
 (Mehrfachantworten möglich)
 1. Mal: _____ 2. Mal: _____ 3. Mal: _____

Glossar:
 1 = Nebenwirkungen
 2 = Complianceprobleme
 3 = disziplinarischer Abbruch
 4 = Beigebrauch
 5 = Rückfall
 6 = Schwangerschaft
 7 = psychische Komplikationen
 8 = Entzug/Abstinenz
 9 = Arztentscheidung
 10 = andere

4 An wie vielen Tagen in den **letzten 12 Monaten** erhielt der Patient kein Substitutionsmittel?

an ca. Tagen

5 In welchem Modus nimmt der Patient das Substitutionsmittel **aktuell** (letzten 4 Wochen) ein?

- in der Praxis an.....Tag(en)/Woche Take Home Tag(en)/Woche
 in der Apotheke an.....Tag(en)/Woche Wochenend-Take Home
 Take Home seit Monaten

6 In den **letzten 12 Monaten**: Wie beurteilen Sie global den Behandlungsverlauf?

	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 Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verträglichkeit (Nebenwirkungen) des Substituts beim Patienten	<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"/>

7 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 als Ziel ohne Abstinenz als Ziel
- Therapie gravierender psychischer Komorbidität (z.B. Psychose, Depression)
- Therapie gravierender körperlicher Begleiterkrankungen (z.B. Hepatitis, HIV, KHK)
- gravierende verhaltensbezogene Risiken (z.B. Sexualität, Spriztentausch, Beschaffungskriminalität)
- andere

8 Wie oft war der Patient insgesamt in Ihrer Einrichtung?

in den letzten 4 Wochen: Mal pro Woche in den letzten 12 Monaten: Mal pro Woche

9 In den letzten 4 Wochen: Wie viele Besuche waren davon... (Mehrfachangaben möglich)

	bei mir	in anderen Einrichtungen
<input type="checkbox"/> reguläre Substitutionstermine	..... Anzahl	..... Anzahl
<input type="checkbox"/> wg. Nebenwirkungen und Komplikationen mit dem Substitutionsmittel	..... Anzahl	..... Anzahl
<input type="checkbox"/> wg. Diagnostik oder Therapie von Begleiterkrankungen (somatisch u. psychisch)	..... Anzahl	..... Anzahl
<input type="checkbox"/> wg. sozialen Problemen	..... Anzahl	..... Anzahl
<input type="checkbox"/> keine Differenzierung möglich		

10 In den letzten 4 Wochen: Wie lange hatten Sie persönlichen Kontakt zu Ihrem Patienten?

- weniger als 5 Minuten
- zwischen 5 und 15 Minuten
- mehr als 15 Minuten

11 Welche weiteren Einrichtungen/Dienste wurden in den letzten 12 Monaten in die Therapie dieses Patienten einbezogen?

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

12 Welche der folgenden Behandlungen wurden mit dem Patienten in den letzten 12 Monaten durchgeführt?

	nein	ja	geschätzte Anzahl Aufnahmen	Tage stationär
stationärer qualifizierter Entzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mal	.....
stationäre drogenfreie Therapie (<i>ohne</i> Substitutionsmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mal	.....
stationäre psychiatrische/psychotherap. Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mal	.....
andere stationäre Therapien (Hepatitis, AIDS, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mal	.....
Notfallaufnahme ins Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mal	.....
andere, und zwar:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mal	.....

13 Wurden in den letzten 12 Monaten ambulante Entzüge durchgeführt?

nein ja, und zwar Mal

14 Nahm der Patient in den letzten 12 Monaten an einer ambulanten drogenfreien Therapie teil? Bitte beziehen Sie alle ambulanten Behandlungen mit ein, auch Reha-Behandlungen!

nein ja Wenn ja, wie oft insgesamt? (Anzahl) Anzahl unbekannt

Wann? 1.

Monat	Jahr

 2.

Monat	Jahr

 3.

Monat	Jahr

15 War der Patient in den letzten 12 Monaten in einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Therapie?

nein ja, psychiatrische Behandlung (Psychiater, Nervenarzt) Anzahl der Sitzungen:
 nein ja, psychotherapeutische Behandlung (Psychotherapeut) Anzahl der Sitzungen:

16 Wie häufig wurde der Patient in den letzten 12 Monaten von anderen Ärzten ambulant behandelt?

..... Mal Internist Mal Zahnarzt
 Mal Augenarzt Mal Gynäkologe/Urologe
 Mal Hautarzt Mal Allgemeinarzt/Praktischer Arzt
 Mal anderer Arzt, und zwar:

17 Lagen bei dem Patienten in den letzten 12 Monaten folgende Erkrankungen vor?

	nein	ja	Wenn ja, Erstdiagnose am...	
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>(Datum)	
AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>(Datum)	
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>(Datum)	HbsAg: <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>(Datum)	HCV-RNA (PCR): <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv

Genotyp: unbekannt bekannt, und zwar:

Hat bei dem Patienten **jemals** (d.h. vor den letzten 12 Monaten) ein positiver Virusnachweis (PCR) bestanden?

nein ja

Wenn alle Fragen mit "nein" beantwortet wurden ⇒ **weiter bei Frage 20**

18 Wenn "ja" in Frage 17: Wurde der Patient in den letzten 12 Monaten wegen dieser Erkrankungen behandelt?

Ja, und zwar...	bei mir	woanders	mit... (Art der Therapie)	Nein, weil...
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19 Wenn in Frage 18 angegeben wurde, dass eine Therapie durchgeführt wurde:

	Wurde eine antivirale Therapie durchgeführt?			begannen am:	Wird die Therapie aktuell fortgeführt?			Wenn nein, weil...
	nein	ja	weiß nicht		nein	ja	weiß nicht	
HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____ Monat / Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____ Monat / Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____ Monat / Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20 Wie viele Medikamente erhielt der Patient in den letzten 4 Wochen insgesamt? (bitte alle Medikamente berücksichtigen)

- weniger als 3
 3 bis 5
 6 bis 8
 9 bis 11
 mehr als 11
 keine

21 Welche Medikamente erhielt der Patient in den letzten 4 Wochen? (ohne Substitutionsmittel)

Medikament (Produktname, Wirkstärke)	Darreichungsform z.B. p.o,i.v.,i.m.,s.c.	Packungsgröße N1, N2, N3,...	Einnahme seit ...Wochen	akute Medikation	Dauer- Medikation
.....	<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"/>	<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"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Konsum		Wenn Konsum: problemat. Konsum		Schweregrad der Abhängigkeit:		
	nein	ja ▶▶	Abhän- gigkeit	gigkeit	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/MDMA (z.B 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"/>

23 Bitte tragen Sie das Ergebnis des aktuellen Urin-Drogenscreenings ein!

	negativ	positiv		negativ	positiv
Amphetamine (AMP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benzodiazepine (BZD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methadon (MTD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Methamphetamine (MDMA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain (COC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opiate (MOR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis (THC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Buprenorphin (BUP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24 Welche nicht verschriebenen Substanzen nahm der Patient in den letzten 4 Wochen ein?

	nein	ja	geschätzte Anzahl Tage		nein	ja	geschätzte Anzahl Tage
Alkohol, jeglicher Gebrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alkohol, bis zur Trunkenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	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"/>	_____
Codein/DHC (Schwarzmarkt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Buprenorphin (Schwarzmarkt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Halluzinogene (z.B. LSD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				

25 Wie oft und wie prüften Sie in den letzten 12 Monaten den Beigebrauch? (ohne heutiges Screening)

	Anzahl	Wann zuletzt?	Nie, weil...
Urintest	.....	vor..... Wochen	.....
Gespräch, körperliche Untersuchung, Geruchskontrolle	.....	vor..... Wochen	.....
Wie viele Urintests waren in den <u>letzten 12 Monaten</u> auf Opiate positiv?	.....(Anzahl)		

26 In welchem Ausmaß haben Sie folgende Behandlungsziele in den letzten 12 Monaten erreicht?

Bitte geben Sie Ihre Einschätzung auf einer Skala von 0 (gar nicht) bis 9 (vollständig) an!

	kein Ziel	Ziel erreicht: gar nicht	Ziel erreicht: vollständig
Motivations-/Beziehungsaufbau für Substitution (Problembewusstsein)	<input type="checkbox"/>	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9	
vollkommene Opiat-/Substitutionsmittelfreiheit	<input type="checkbox"/>	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9	
Motivation für Beginn drogen-/substitutionsfreier Therapie	<input type="checkbox"/>	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9	
soziale Stabilisierung	<input type="checkbox"/>	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9	
Reduktion körperlicher Komorbidität	<input type="checkbox"/>	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9	
Reduktion psychischer Komorbidität	<input type="checkbox"/>	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9	
Reduktion des Gebrauchs <u>illegaler Drogen</u> (z.B. Beikonsum)	<input type="checkbox"/>	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9	
Abstinenz von <u>allen illegalen Drogen</u>	<input type="checkbox"/>	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9	
Reduktion von legalen Substanzen (z.B. Alkohol, psychotrope Medikamente)	<input type="checkbox"/>	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9	
gesundheitliche Risikoreduktion (z.B. Sprizentausch, Sexualität)	<input type="checkbox"/>	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9	
Risikoreduktion kriminellen Verhaltens (z.B. Beschaffungskriminalität, Drogenhandel)	<input type="checkbox"/>	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9	
andere	<input type="checkbox"/>	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9	

27 Bitte geben Sie an, wie der aktuelle Gesundheitszustand des Patienten in den letzten 4 Wochen war!

(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. Selbstversorgung, 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"/>

Verglichen mit dem Gesundheitszustand vor 12 Monaten, wie geht es dem Patienten heute?

besser im Großen und Ganzen etwa gleich schlechter

28 Aktueller Allgemeinzustand:

gut reduziert schlecht

29 Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

nein ja, im Monat

30 EKG/Herz:

Herzrhythmus: normal fraglich pathologisch pathologisch

31 Aktueller Intoxikationsgrad:

ohne Befund etwas mäßig stark durch:(Substanz)
Anzahl schwerer Intoxikationen (in den *letzten 12 Monaten*):

32 Aktuelle Entzugssymptomatik:

ohne Befund etwas mäßig stark von:(Substanz)

33 Aktuelle Suizidalität:

ohne Befund etwas mäßig stark Anzahl Suizidversuche jemals:
Anzahl Suizidversuche in den *letzten 12 Monaten*:

34 Dermatologischer Score:

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

**35 An welchen körperlichen Erkrankungen leidet der Patient *derzeit*? (alle aktuellen Diagnosen)
Bitte geben Sie auch an, ob eine Behandlung in den *letzten 12 Monaten* erfolgte!**

	nein	ja	Verdacht	nicht beurteilbar	Behandlung in den letzten 12 Monaten
andere Lebererkrankungen (z.B. Zirrhose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kardiovaskuläre Erkrankungen (z.B. Endokarditis, Myokarditis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pulmonale Erkrankungen (z.B. TBC, Krankheiten der Atmungsorgane durch chem. Substanzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen (z.B. Niereninsuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gastrointestinale Erkrankungen (z.B. Ösophagitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neurologische Erkrankungen (z.B. arzneimittelinduziertes Parkinsonsyndrom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere körperliche Erkrankungen, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**36 An welchen psychischen Erkrankungen leidet der Patient *derzeit*? (zutreffende Diagnose unterstreichen)
Bitte geben Sie neben dem aktuellen Schweregrad auch an, ob eine Behandlung in den *letzten 12 Monaten* erfolgte! (1 = ein Grenzfall, 2 = nur leicht, 3 = mäßig krank, 4 = schwer krank, 5 = extrem schwer krank)**

	nein	ja	Schweregrad	Behandlung in den letzten 12 Monaten
Demenz, amnestische, andere kognitive Störungen (F00-09)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schizophrenie, andere psychotische Störungen (F20-29)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
manische/hypomanische Störungen (bipolare, Manie, Hypomanie) (F30-31)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
depressive Störungen (F32-33)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angststörungen (F40-41)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
somatoforme Störungen (F45) (z.B. Schmerzsyndrom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
primäre oder sekundäre Schlafstörungen (F51)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
akute und chronische Stress-Störungen (F43) (z.B. PTSD, Anpassungsstörung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
antisoziale Persönlichkeitsstörung (F60,2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Borderline Persönlichkeitsstörung (F60,3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Persönlichkeitsstörungen (F60-69)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere psychische Erkrankungen, und zwar:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

