

Patienten-Initialen: _____

Pat.-Geschlecht: m w

Pat.-Geburtsdatum: ____/____/____

Name des Bearbeiters: _____

Bearbeitungsdatum: ____/____/____

PREMOS-Mortalitätsbogen

1. Datum des Todes

____/____/____. ____/____/____. ____/____/____/____/____/____/____/____, Ort: _____

Tag Monat Jahr

2. Informationsquellen über den Tod des Patienten (Mehrfachnennungen möglich)

- Substitutionspraxis anderer Arzt Toxikologie Totenschein
 Autopsie Familie andere und zwar: _____

3. Todesursache

(wenn möglich, legen Sie bitte eine Kopie des Totenscheins bei)

Sicherheitsgrad

(1=gering, 2=mittel, 3 = hoch)

- Suizid _____ /____/
- krankheitsbezogene Mortalität
- kardiovaskuläre Ursachen Krebs AIDS andere und zwar: _____ /____/
- Überdosierung Substitutionsmittel, welches? _____ /____/
- Überdosis Beigebrauchsmittel, welche? _____ /____/
- Interaktion mehrerer Ursachen, welche? _____ /____/
- andere und zwar: _____ /____/

4. Wann war der Patient das letzte Mal in der ursprünglichen Substitutionspraxis?

Datum: ____/____/____

Erhielt er zu dem Zeitpunkt ein Substitutionsmittel?

- nein ja

Falls ja: Welches? _____, Dosierung: _____

- Erhielt Patient Take-Home-Medikation? nein ja, Anzahl Tage: _____
- Vergabeort des Substituts: eigene Einrichtung Apotheke unbekannt

 anderer und zwar: _____

War der Patient vor dem letzten Kontakt frei von Beikonsum?

- nein, aber unproblematisch nein und problematisch ja
- Falls nein: Beikonsum welcher Substanz? Kokain Amphetamine Benzodiazepine
- Opiate/Heroin andere und zwar: _____

5. Kontext des letzten Termins

- reguläre Substitutionsbehandlung (Vergabe, ärztliche Untersuchung, etc.)
- Behandlungsabbruch aus disziplinarischen Gründen
- Behandlerwechsel
- Therapiepause
- Wechsel in Strafvollzug
- stationäre Behandlung wegen Entzug
- stationäre Behandlung wegen einer Krankheit
- Abstinenz
- Wechsel in eine abstinenzenorientierte Behandlung

6. Gab es vor dem Tod Hinweise auf eine bedeutsame psychopathologische Problematik?

nein ja

Falls ja: Worauf? Depression Psychose Persönlichkeitsstörung

andere und zwar: _____

7. Fiel der Patient während der Behandlung durch suizidale Tendenzen auf?

nein ja

8. Wie war der Zustand des Patienten vor seinem Tod? (Beurteilung nach EuropASI)

Bitte beurteilen Sie für jeden Bereich den aktuellen (in den *letzten 4 Wochen*) Schweregrad des Patienten. Schätzen Sie ein, wie dringend der Patient die Interventionen benötigt. Die Skala reicht von 0 (kein Bedarf) bis 9 (Behandlung notwendig bei lebensbedrohlicher Situation). Die Beurteilung sollte sich auf die Symptomgeschichte, die derzeitigen Umstände sowie die vom Patienten geäußerten subjektiven Behandlungsbedürfnisse beziehen.

Schweregradprofil

Problembereiche	kein	leicht	mittel	beträchtlich	extrem					
körperliche Probleme/Leiden (akute und chronische)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Arbeit/Unterhalt/finanzielle Probleme (Schule, Beruf, Arbeit, Geld etc.)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Alkohol (Häufigkeit, Menge, Intoxikation, Abhängigkeitssymptome und Probleme)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Drogen (Häufigkeit, Menge, Intoxikation, Abhängigkeitssymptome und Probleme)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
rechtliche Probleme (Verhaftungen, Beschaffungskriminalität, Verurteilungen)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
familiäre/soziale Probleme (Familien-/Partnersituation, Isolation, Freizeit und soziale Unterstützung)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
psychische Probleme/Leiden (Depression, Angst, Psychose, Impulsivität, Persönlichkeitsstörung, suizidales Verhalten)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

9. War der Patient zwischen dem letztem Besuch der ursprünglichen Substitutionseinrichtung und seinem Tod in einer anderen Behandlungseinrichtung?

nein → Bitte **Frage 11(B)** bearbeiten!

ja, aber *keine* Substitutionseinrichtung → Bitte **Frage 11(A)** bearbeiten!

ja, andere Substitutionseinrichtung → Bitte **Frage 10** bearbeiten!

Falls ja: Ist bekannt, wann er von dort entlassen wurde?

nein

ja und zwar am: /__/_/././__/_/././__/_/././

unbekannt

10. Falls der Patient vor seinem Tod in einer anderen Substitutionseinrichtung behandelt wurde, geben Sie diese bitte an!

(Titel, Vor- und Nachname des Behandlers)

(Name der Einrichtung)

(Anschrift der Einrichtung)

(Telefonnummer der Einrichtung)

Wie aktuell ist diese Angabe? aktuell aus dem Jahr /__/_/././

