

Arzt-Patienten-ID -

Patienten-Initialen: Pat.-Geschlecht: m w Pat.-Geburtsdatum: Tag: Monat: 19

Name Bearbeiter: Bearbeitungsdatum: Tag: Monat: 2008

PREMOS – Patientenbogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

im Jahre 2004 und 2005 haben Sie freundlicherweise an unserer Fragebogen-Untersuchung zur Substitutionsbehandlung teilgenommen. Durch Ihre Hilfe gelang es uns, den Verlauf Ihrer Behandlung über ein Jahr hinweg zu betrachten und wissenschaftlich auszuwerten. Dies war ein großer Erfolg, der ohne Sie nie möglich gewesen wäre. Dafür möchten wir uns noch einmal ganz herzlich bei Ihnen bedanken!

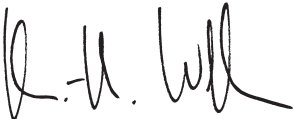
Die erfolgreiche Zusammenarbeit mit Ihnen soll nun fortgesetzt werden. Wir bitten Sie wiederum, uns bei der Studie zu unterstützen indem Sie den vorliegenden Fragebogen ausfüllen. Hierin geht es um Ihre aktuelle Lebens- und Behandlungssituation sowie Ihre persönlichen Therapieziele und Erwartungen. Mit Ihrer Teilnahme tragen Sie dazu bei, dass eine Verbesserung der Substitutionstherapie in der Routineversorgung erarbeitet werden kann. Durch Ihre offene Beantwortung der Fragen und Zusammenarbeit mit unseren Studienmitarbeitern können so auch Ihre Wünsche und Probleme Beachtung finden.

Damit wir Ihre Belastung durch die Untersuchung gering halten, haben wir den Fragebogen so kurz wie möglich gefasst. Um aber eventuell an einigen Stellen noch einmal nachfragen zu können, hätten wir gerne die Möglichkeit, persönlich mit Ihnen in Kontakt zu treten. **Wenn Sie damit einverstanden sind, teilen Sie uns das bitte am Ende dieser Seite mit.**

Ihre Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig. Ihre Angaben werden anonym und streng vertraulich behandelt.

Wir bedanken uns schon jetzt für Ihre Teilnahmebereitschaft!

Mit freundlichen Grüßen



Professor Dr. Hans-Ulrich Wittchen
(Projektleiter, Sprecher des Suchtforschungsverbundes ASAT)

Persönlicher Kontakt

Ist es möglich, noch einmal persönlich mit Ihnen in Kontakt zu treten?

- Ja, über die Substitutionseinrichtung.
 Ja, telefonisch unter folgender Nummer:

- Ja, auf dem Postweg. Meine Adresse lautet:
- | | |
|----------|------------|
| Nachname | Vorname |
| | |
| Straße | Hausnummer |
| | |
| PLZ | Ort |
| | |

- Nein, damit bin ich nicht einverstanden.

A – Zunächst einige Angaben zu Ihrer Person:

1 Mein derzeitiger Familienstand ist (Bitte nur eines auswählen!):

- ledig
- zusammenlebend
- verheiratet
- getrennt lebend
- geschieden
- verwitwet

Seit wann sind Sie verheiratet/getrennt/geschieden/verwitwet? seit Jahren

2 Ich habe...

- ...keine eigenen Kinder ...Kinder Anzahl der Kinder:

Namen der Kinder: Alter

1.....

2.....

3.....

4.....

3 Für Frauen: Sind Sie in den letzten 5 Jahren schwanger geworden?

- nein ja

4 Ich bin derzeit ...

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|--|
| ...berufstätig | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja und zwar <input type="text"/> <input type="text"/> Stunden pro Woche |
| ...arbeitslos | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja und zwar seit <input type="text"/> <input type="text"/> Monaten <input type="text"/> <input type="text"/> Jahren |
| ...nicht berufstätig, Hausfrau/-mann | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| ...frühzeitig berentet | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja und zwar seit <input type="text"/> <input type="text"/> Monaten <input type="text"/> <input type="text"/> Jahren |
| ...in Umschulung/Arbeitsprojekt | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| ...sonstiges | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja und zwar seit <input type="text"/> <input type="text"/> Monaten <input type="text"/> <input type="text"/> Jahren |

5 Wie viele Tage haben Sie gearbeitet ... (Dealen, Prostitution, illegale Beschäftigung nicht berücksichtigen!)

- ...in den letzten 4 Wochen? gar nicht Tage
- ...in den letzten 6 Monaten? gar nicht Tage

6 Einkommen: Aus welchen Quellen haben Sie in den letzten 12 Monaten Geld bezogen?

- Arbeitslosengeld
- Hartz IV
- Gehalt aus Arbeit
- Pension/Rente
- Unterstützung durch Partner
- Unterstützung Familie
- illegale Tätigkeit
- Prostitution
- andere Einkünfte und zwar:

7 Wie viel Geld steht Ihnen derzeit insgesamt ungefähr monatlich zur Verfügung?

ungefähr€ davon: staatliche Unterstützung (z.B. Arbeitslosengeld, Pension/Rente).....€
Unterstützung durch Familie/Freunde/Bekannte.....€

8 Haben Sie derzeit Schulden?

nein ja Wenn ja, ungefähre Höhe:..... €

9 Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine der folgenden Dinge getan?

Tätigkeit	Häufigkeit in den letzten 4 Wochen		
Prostitution	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja, einmal	<input type="checkbox"/> ja, öfter
Dealen	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja, einmal	<input type="checkbox"/> ja, öfter
Betrug/Fälschung	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja, einmal	<input type="checkbox"/> ja, öfter
Ladendiebstahl	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja, einmal	<input type="checkbox"/> ja, öfter
Einbruch in Wohnung/Haus	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja, einmal	<input type="checkbox"/> ja, öfter
Einbruch in ein Auto	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja, einmal	<input type="checkbox"/> ja, öfter
Autodiebstahl	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja, einmal	<input type="checkbox"/> ja, öfter
andere illegalen Tätigkeiten und zwar:	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja, einmal	<input type="checkbox"/> ja, öfter

10 Wurden Sie in den letzten 12 Monaten wegen folgender Delikte angeklagt bzw. verurteilt? (Mehrfachantworten möglich)

- gar nicht
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> BtM Delikte (Besitz oder Handel von Drogen) | <input type="checkbox"/> Beschaffungsdelikte (Diebstahl, Raub, Fälschung) |
| <input type="checkbox"/> Gewalttaten (Körperverletzung, Vergewaltigung) | <input type="checkbox"/> Prostitution |
| <input type="checkbox"/> Trunkenheit am Steuer | <input type="checkbox"/> schwerwiegende Verkehrsdelikte |
| <input type="checkbox"/> andere und zwar: | |

11 Wie viele Tage/Monate waren Sie insgesamt während der letzten 12 Monate in Untersuchungs- oder Strafhaft?

gar nicht insgesamt: Tage Monate

12 Wie ist Ihre derzeitige überwiegende Wohn-/Schlafsituation?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> allein, in eigener Wohnung | <input type="checkbox"/> mit Lebenspartner in eigener Wohnung |
| <input type="checkbox"/> in Wohngemeinschaft | <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen, Wohnheim |
| <input type="checkbox"/> bei den Eltern | <input type="checkbox"/> bei Freunden, bei Familienangehörigen |
| <input type="checkbox"/> ohne Wohnung, kein fester Wohnsitz | <input type="checkbox"/> in institutioneller Umgebung (Klinik, Therapie) |
| <input type="checkbox"/> in Notschlafstätte, Pension | <input type="checkbox"/> Nachsorge-/Übergangseinrichtung |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: | <input type="checkbox"/> Straf- und Untersuchungshaft |

12.1 Wie lange wohnen Sie schon dort bzw. wie lange halten Sie sich schon dort auf?

Ungefähr Woche(n) Monat(e) Jahr(e)

13 Mit welchen der folgenden Personen haben Sie derzeit eine gute und andauernde persönliche Beziehung?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater |
| <input type="checkbox"/> Bruder/Schwester | <input type="checkbox"/> andere Familienmitglieder |
| <input type="checkbox"/> Ehepartner/Lebensgefährt(e) | <input type="checkbox"/> Freunde |
| <input type="checkbox"/> andere und zwar : | |

16.3 Soziale Kontakte/Freunde

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ihre Kontakte und Beziehungen zu Ihren Freunden und Bekannten sind über einen längeren Zeitraum (mindestens 3 Monate) sehr befriedigend gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschneidende Ereignisse und Schwierigkeiten mit Ihren Freunden und Bekannten haben Sie sehr belastet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.4 Ehe/Liebes-/Partnerbeziehungen

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Sie sind über einen längeren Zeitraum (mindestens 3 Monate) mit Ihrer Ehe/Liebes-/Partnerbeziehung sehr zufrieden gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschneidende Ereignisse und Schwierigkeiten in Ihrer Ehe/Partner-/Liebesbeziehung haben Sie sehr belastet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.5 Berufliche Situation

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ihre Situation im Beruf bzw. als Hausmann/Hausfrau hat Sie über einen längeren Zeitraum (mindestens 3 Monate) sehr befriedigt und Ihnen ausgesprochen Freude gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschneidende Ereignisse und Schwierigkeiten im Beruf bzw. als Hausmann/Hausfrau haben Sie sehr belastet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.6 Wohnsituation

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Sie haben sich über längere Zeit (mindestens 1 Jahr) zuhause ausgesprochen wohl gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschneidende Ereignisse und Schwierigkeiten mit Ihrer Wohnsituation haben Sie sehr belastet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17 Im Folgenden sind Bereiche aufgeführt, in denen ein Mensch Probleme haben kann. Schätzen Sie für sich ein, wie schwer Sie in den letzten 4 Wochen von diesen Problemen belastet sind.

Problembereich	belastet mich...									
	gar nicht	leicht	mittel	beträchtlich	extrem					
körperliche Probleme/Leiden (akut und chronisch)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
psychische Probleme/Leiden	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
familiäre/soziale Probleme (Partnerschaft, Freizeit...)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Wohnsituation	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
rechtliche Probleme (Verhaftung, Verurteilung...)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Drogenprobleme (Häufigkeit, Menge, Abhängigkeit...)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Alkoholprobleme (Häufigkeit, Menge, Abhängigkeit...)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

**18 Welche Aussagen beschreiben Ihren Gesundheitszustand in den letzten 4 Wochen am besten?
(Bitte nur ein Kreuz pro Bereich machen!)**

- | | |
|---|---|
| Beweglichkeit/Mobilität | <input type="checkbox"/> Ich habe keine Probleme, herumzugehen |
| | <input type="checkbox"/> Ich habe einige Probleme, herumzugehen |
| | <input type="checkbox"/> Ich bin ans Bett gebunden |
| Für sich selbst sorgen | <input type="checkbox"/> Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen |
| | <input type="checkbox"/> Ich habe einige Probleme, für mich selbst zu sorgen |
| | <input type="checkbox"/> Ich bin nicht in der Lage , mich selbst zu waschen oder anzuziehen |
| Allgemeine Tätigkeiten
(Arbeit, Hausarbeit...) | <input type="checkbox"/> Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Aktivitäten nachzugehen |
| | <input type="checkbox"/> Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Aktivitäten nachzugehen |
| | <input type="checkbox"/> Ich bin nicht in der Lage , meinen alltäglichen Aktivitäten nachzugehen |
| Schmerzen/körperliche Aktivität | <input type="checkbox"/> Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden |
| | <input type="checkbox"/> Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden |
| | <input type="checkbox"/> Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden |
| Angst/Niedergeschlagenheit | <input type="checkbox"/> Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert |
| | <input type="checkbox"/> Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert |
| | <input type="checkbox"/> Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert |

18.1 Mein heutiger Gesundheitszustand ist im Vergleich zu meinem Gesundheitszustand vor 12 Monaten:

- besser etwa gleich schlechter

19 In welchen der folgenden Lebensbereiche haben Sie in den letzten 12 Monaten von Ihrem Arzt oder anderen Diensten Hilfe und Unterstützung erhalten?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> körperliche Krankheiten | <input type="checkbox"/> Beruf, Arbeit, (Um-)Schulung |
| <input type="checkbox"/> psychische Störungen | <input type="checkbox"/> finanzielle Probleme |
| <input type="checkbox"/> Partner, Familie | <input type="checkbox"/> strafrechtliche Probleme |
| <input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte | <input type="checkbox"/> andere Probleme des Alltags |
| <input type="checkbox"/> Wohnsituation | |

20 Ohne Besuche beim Substitutionsarzt: Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten bei folgenden Ärzten oder Einrichtungen? (Wenn gar nicht, bitte 0 eintragen!)

- | | |
|---|--|
| ___ Mal beim Allgemeinarzt/praktischen Arzt | ___ Mal beim Gynäkologen/Urologen |
| ___ Mal beim Internisten | ___ Mal beim Psychologen/Psychotherapeuten |
| ___ Mal beim Psychiater/Neurologen | ___ Mal beim Hautarzt |
| ___ Mal beim Zahnarzt | ___ Mal bei anderen und zwar: |
-

21 Wie oft mussten Sie in den letzten 12 Monaten die folgenden medizinischen Einrichtungen in Anspruch nehmen? (Wenn gar nicht, bitte 0 eintragen!)

- | | |
|------------------------------------|---------|
| Notarzt | ___ Mal |
| Notaufnahme/Notdienst einer Klinik | ___ Mal |
| Sozialpsychiatrischer Dienst | ___ Mal |
| Krisenintervention | ___ Mal |

22 Wie viele Tage hielten Sie sich in den letzten 12 Monaten stationär in den folgenden Einrichtungen auf? (Wenn gar nicht, bitte 0 eintragen!)

- | | |
|---|-----------------------------|
| Krankenhaus (mindestens 1 Nacht) | insgesamt ungefähr ___ Tage |
| Rehabilitationseinrichtung | insgesamt ungefähr ___ Tage |
| Betreutes Wohnen/Übergangseinrichtung
(z. B. Kriseninterventionszentrum, Heim) | insgesamt ungefähr ___ Tage |

B – Nun einige Fragen zu Ihrem Drogenkonsum:

23 Werden Sie derzeit substituiert?

nein *wenn nein, beantworten Sie bitte folgende Fragen:*

Wann wurden Sie das letzte Mal substituiert? Vor ungefähr Monaten Jahren.
Womit wurden Sie zuletzt substituiert?(Substitutionsmittel)
Warum werden Sie nicht mehr substituiert?
 Ich wurde schwanger.
 Mein Arzt brach die Behandlung ab (z.B. wegen Regelverstößen).
 Mein Arzt versucht mich abzudosieren.
 Ich wurde inhaftiert. (In Haft gab es keine Möglichkeit, die Substitution fortzuführen.)
 anderer Grund und zwar:

ja *wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Fragen:*

Mit welchem Substitutionsmittel werden Sie substituiert?
 Methadon seit ca. Monaten Jahren
 Buprenorphin seit ca. Monaten Jahren
 anderes und zwar:..... seit ca. Monaten Jahren

24 Ohne ärztliche Verschreibung: An wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen haben Sie die folgenden Mittel konsumiert? (Wenn gar nicht, bitte 0 eintragen!)

Mittel	Anzahl der Tage in den letzten 4 Wochen
Heroin	<input type="text"/> <input type="text"/>
Morphin oder Opium	<input type="text"/> <input type="text"/>
Codein	<input type="text"/> <input type="text"/>
Methadon oder Polamidon	<input type="text"/> <input type="text"/>
Buprenorphin (Subutex® •, Suboxone ® •)	<input type="text"/> <input type="text"/>
Beruhigungs-/Schlafmittel	<input type="text"/> <input type="text"/>
Kokain	<input type="text"/> <input type="text"/>
Amphetamine/MDMA (z.B. Ecstasy, Speed)	<input type="text"/> <input type="text"/>
Cannabis	<input type="text"/> <input type="text"/>
Halluzinogene (z.B. LSD)	<input type="text"/> <input type="text"/>
andere Substanzen und zwar:	<input type="text"/> <input type="text"/>

25 Haben Sie in den letzten 4 Wochen eines der Mittel aus Frage 25 injiziert?

Nein, ich habe nicht injiziert. → *Wenn Nein, bitte weiter mit Frage 26!*
 Ja, ich habe folgende Mittel injiziert (Bitte eintragen!):

Wie oft in den letzten 4 Wochen?

- 1..... Mal
- 2..... Mal
- 3..... Mal

25.1 An einem typischen Tag, an dem Sie injizierten, wie häufig haben Sie injiziert?

Ungefähr Mal

25.2 Wenn Sie injizierten, wie oft in den letzten 4 Wochen haben Sie:

	Anzahl
von anderen bereits benutzte Nadeln/Spritzen verwendet?	<input type="text"/>
von Ihnen selbst bereits benutzte Nadeln/Spritzen weitergegeben?	<input type="text"/>
von anderen bereits benutzte Behälter oder Löffel verwendet?	<input type="text"/>
Mit wie vielen Personen insgesamt haben Sie Nadeln, Spritzen oder Equipment geteilt?	<input type="text"/>

26 Wie viel Geld haben Sie in den letzten 4 Wochen für den Konsum von Drogen ausgegeben?

Ungefähr.....€ entfällt

Mit der folgenden Frage wollen wir Ihre persönliche „Drogenkonsum-Ampel“ für die letzten Jahre erfassen.

27 Wie häufig haben Sie in den letzten Jahren folgende Substanzen konsumiert?

Bitte geben Sie für *jedes Jahr* an, ob Sie:

- **häufig** (mehr als 5 Mal/Monat) die Substanz einnahmen/einnehmen
- **gelegentlich/selten** (weniger als 5 Mal/Monat) die Substanz einnahmen/einnehmen
- **vollständig abstinent** von der Substanz waren/sind

	2006	2007	2008
1. Substitutionsmittel	■ ■ ■	■ ■ ■	■ ■ ■
2. andere Substanzen:			
Opiate (ohne Substitutionsmittel)	■ ■ ■	■ ■ ■	■ ■ ■
Schlaf- oder Beruhigungsmittel	■ ■ ■	■ ■ ■	■ ■ ■
Kokain, Amphetamine, Ecstasy,	■ ■ ■	■ ■ ■	■ ■ ■
Cannabis	■ ■ ■	■ ■ ■	■ ■ ■
andere illegale	■ ■ ■	■ ■ ■	■ ■ ■
Alkohol	■ ■ ■	■ ■ ■	■ ■ ■

C – Nun einige Angaben zu Ihrer derzeitigen Behandlung:

28 Wie sehr litten Sie in den letzten 12 Monaten unter folgenden psychischen Problemen? Wenn Sie Probleme hatten, wurden Sie wegen dieser behandelt?

Psychische Probleme	gar nicht	eher wenig	eher stark	sehr stark	Wurden Sie behandelt?	
					nein	ja
Depression, Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angstzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten mit Denken, Gedächtnis, Konzentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halluzinationen/Wahngedanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impulse gewalttätig zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ernsthafte Selbstmordgedanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gier/Drogenverlangen nach Opiaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere psychische Probleme und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29 Wie zufrieden sind/waren Sie mit der Substitutionstherapie und den damit verbundenen Maßnahmen?

Wie zufrieden sind/waren Sie mit Ihrem Substitutionsarzt und:	sehr zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
seiner Einfühlung und seinem Verständnis für Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Zeit, die er sich nimmt/nahm, Ihnen zu helfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seiner Wahl des Substitutionsmittels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Dosierung des Mittels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den Nebenwirkungen des Mittels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Ausmaß, in dem es Ihnen gelingt/gelang, den Beikonsum zu reduzieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie zufrieden sind/waren Sie mit dem Ausmaß, in dem:	nicht benötigt	sehr zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
Ihre psychischen Probleme behandelt werden/wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre sozialen Probleme behandelt werden/wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie Hilfe bei Notfällen und Krisen bekommen/bekamen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was für Wünsche haben Sie hinsichtlich Ihrer Behandlung?

.....

.....

30 Durch welche Einrichtungen oder Personen haben Sie in den letzten 12 Monaten soziale oder psychologische Betreuung und Hilfe erhalten?

Einrichtung/Personen	nein	ja	Wenn ja, wie oft ungefähr in den letzten 4 Wochen?	
Substitutionsarzt in Praxis oder Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	Mal
psychiatrische Ambulanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	Mal
nervenärztliche Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	Mal
Drogenberatungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	Mal
andere Beratungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	Mal
niedergelassener Psychologe/Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	Mal
Sozialdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	Mal
andere Dienste und zwar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	Mal

**31 Diese Frage nur beantworten, wenn Sie derzeit substituiert werden:
Haben Sie in Ihrer Substitutionstherapie derzeit eine feste Bezugsperson, an die Sie sich immer wegen Problemen in der Therapie wenden können?**

- nein, keine feste Person ja, eine Person ja, mehrere Personen

Wenn ja, wer ist/sind diese Person(e)n?

- mein substituierender Arzt anderer Arzt Psychologe/Psychotherapeut (Praxis)
 Drogenberater/Mitarbeiterin der substituierenden Praxis Berater/Mitarbeiter in Beratungsstelle/Kontaktladen Mitarbeiter anderer Hilfseinrichtung (Aidshilfe, Bewährungshilfe)
 jemand anderes und zwar?

D – Abschließende Fragen:

32 An wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen waren Sie wegen Alkohol, Drogen oder Entzugerscheinungen zumindest leicht eingeschränkt, Ihren normalen Alltagsaktivitäten nachzugehen?

- an ___ Tagen war ich überhaupt nicht in der Lage
 an ___ Tagen war ich leicht eingeschränkt

33 An wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen waren Sie wegen körperlicher Beschwerden oder Erkrankungen zumindest leicht eingeschränkt, Ihren normalen Alltagsaktivitäten nachzugehen?

- an ___ Tagen war ich überhaupt nicht in der Lage
 an ___ Tagen war ich leicht eingeschränkt

34 An wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen waren Sie wegen psychischer und seelischer Probleme oder Erkrankungen zumindest leicht eingeschränkt, Ihren normalen Alltagsaktivitäten nachzugehen?

- an ___ Tagen war ich überhaupt nicht in der Lage
 an ___ Tagen war ich leicht eingeschränkt

35 Mit wie vielen verschiedenen Personen (Lebenspartner, Freunde, Bekannte, Prostituierte) haben Sie in den letzten 12 Monaten sexuellen Kontakt gehabt?

- kein sexueller Kontakt Anzahl der verschiedenen Personen: ___

35.1 Wenn Sie sexuellen Kontakt hatten: Wie häufig wurden dabei Kondome verwendet?

- immer (100%) meistens (75%) oft (50%) gelegentlich (25%) nie (0%)

36 Rauchen Sie derzeit Zigaretten?

- nein ja und zwar ___ Zigaretten pro Tag

37 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Alkohol getrunken?

- nie 1-2 mal die Woche 3-4 mal die Woche nahezu täglich

Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, ob Sie in den letzten 7 Tagen durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind.

Bitte in jeder Zeile ein Kreuz setzen!

38 Wie sehr litten Sie in den letzten 7 Tagen unter ...?

	gar nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität oder innerem Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Gefühl, dass andere an Ihren Schwierigkeiten Schuld sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnisschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Gefühl, leicht reizbar und verärgert zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz- und Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedanken, sich das Leben zu nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schlechtem Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigung zum Weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plötzlichem Erschrecken ohne Grund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsamkeitsgefühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwermut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Furchtsamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Drang, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklopfen oder Herzjagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

