

## IV ANHANG

## BEISPIEL ANAMNESEBOGEN / ERSTGESPRÄCH

Quelle: Zentrum für Suchtmedizin, LSF

Name		Geburtsdatum	
Wohnhaft		Datum	
SV-Nr	Kostenträger	Derzeit versichert? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Vorgespräch durchgeführt von			
<input type="radio"/> Zuweisung von		<input type="radio"/> Gerichtliche Weisung	
<input type="radio"/> Eigeninitiative			
<input type="radio"/> Überbrückung	<input type="radio"/> ambulanter Entzug /Reduktion	<input type="radio"/> Substitutionsprogramm	<input type="radio"/> Indikationsstellung
Dzt. Konsum (Substanzen, Dosis, oral od. iv):			
<input type="radio"/> Substitol®		<input type="radio"/> Compensan®	
<input type="radio"/> Benzodiazepine		<input type="radio"/> Heroin	
<input type="radio"/> Amphetamine		<input type="radio"/> Kokain	
<input type="radio"/> Mephedron		<input type="radio"/> Halluzinogene (LSD)	
<input type="radio"/> Subutex®		<input type="radio"/> Marihuana	
<input type="radio"/> Alkohol		<input type="radio"/> Methadon	
<input type="radio"/> andere:			
Dzt. von/vom Ärztin/Arzt verordnete Medikamente:			
Erster Konsum illegaler Drogen (welche):			
Dauer der Opiatabhängigkeit:		Dauer der Benzodiazepinabhängigkeit:	
Derzeitige Betreuung/Behandlung			
<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> ambulant: Einrichtung:  seit:	<input type="radio"/> stationär: Einrichtung:  seit:	
Bisherige Therapien/Behandlungen			
<input type="radio"/> Substitution wann: Dauer: Substanz:  Dosis:  Behandelnde/r Ärztin/Arzt:	<input type="radio"/> Entzugsbehandlung wann: wo:  Dauer: <input type="radio"/> Abbruch <input type="radio"/> Beendet  Grund Abbruch:  <input type="radio"/> öfter als 1x:	<input type="radio"/> Entwöhnungsbehandlung wann: wo:  Dauer: <input type="radio"/> Abbruch <input type="radio"/> Beendet  Grund Abbruch:  <input type="radio"/> öfter als 1x:	

## VI ANHANG

## BEISPIEL ANAMNESEBOGEN / ERSTGESPRÄCH

Quelle: Zentrum für Suchtmedizin, LSF

<b>Status HIV:</b> <input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ <input type="radio"/> unbekannt Letzte Kontrolle od. Behandlung: Wann:  Wo:	<b>Status Hepatitis C:</b> <input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ <input type="radio"/> unbekannt Letzte Kontrolle od. Behandlung: Wann:  Wo:
<b>Checkliste Sozialanamnese</b>	
<input type="radio"/> Familienstand/Partnerbeziehung	<input type="radio"/> Suchtprobleme d. Partnerin/Partners
<input type="radio"/> Beruf/Ausbildung/Erwerbstätigkeit	<input type="radio"/> Einkommen/Schulden/Konto/Karte
<input type="radio"/> Soziale Kontakte/Familie/Kinder	<input type="radio"/> Hobbys/Interessen
<input type="radio"/> Wohnsituation	<input type="radio"/> Beihilfen/Gebührenbefreiungen
<input type="radio"/> Haftstrafen(Strafverfahren)	<input type="radio"/> Führerschein/Auto
<input type="radio"/> Erkrankungen	<input type="radio"/> K-Mittel (Handy, PC, Internet)
<b>Zieldefinition</b>	
<b>...der Patientin/des Patienten</b>	
Kurzfristig:	
Mittelfristig:	
Langfristig:	
<b>...des Behandlungsteams &gt; weiteres Procedere/Zieldefinition</b>	
Kurzfristig:	
Mittelfristig:	
Langfristig:	
<b>Befund: von Ärztin/Arzt zu ergänzen</b>	
Psychisch:	
Neurologisch:	
Somatisch:	
Frühere Erkrankungen/KK, Allergien, Unverträglichkeiten:	
Medikation:	

## VI ANHANG

## BEISPIEL ANAMNESEBOGEN / ERSTGESPRÄCH

Quelle: Zentrum für Suchtmedizin, LSF;

Arbeitshypothese / Diagnose nach DSM IV
1.
2.
3.
4.
5.
Therapie
Medikamentös
Psychosozial
Sonstige
Sonstige Vereinbarungen / Termine
<input type="checkbox"/> Vorstellung im Team