

Aufnahmebogen für Substitutionspatienten

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir freuen uns sehr, Sie in Zukunft hausärztlich betreuen zu dürfen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen. Wir möchten uns ein umfassendes Bild von Ihrer gesundheitlichen Situation machen. Die Beantwortung der Fragen ist selbstverständlich freiwillig.

Allgemeine Angaben

Vorname: _____ Name: _____
Geburtsname: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Staatsangehörigkeit: _____ Aufenthaltsstatus: _____
Strasse: _____ PLZ und Wohnort: _____
Festnetz-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____
Krankenkasse: _____ Personal-Ausweis-Nr.: _____

Angehörige/Kontaktpersonen, bei denen Sie notfalls erreichbar sind (Name, Adresse, Telefon):

Derzeitige Wohnsituation

Eigene Wohnung zusammen mit: _____
Bei Eltern/Elternteil: _____
Mitwohnend/WG mit: _____
Unterkunft bei Hilfseinrichtung: _____
Notschlafstelle bei Hilfseinrichtung: _____
Meldeadresse: _____
Ohne festen Wohnsitz seit: _____

Familienstand, Partnerschaft

ledig geschieden verheiratet verwitwet
Leben Sie derzeit in einer festen Partnerschaft? Ja Nein
Falls ja, ist Ihr Partner suchtkrank: Nein Ja , und zwar _____

Kinder

Haben Sie Kinder?: Ja Nein

Falls Sie Kinder haben, machen Sie bitte zu jedem Kind folgende Angaben:

1. Kind

Geburtsjahr: _____ Wer hat das Sorgerecht? _____

Wo lebt das Kind? _____

Sonstige Angaben: _____

2. Kind

Geburtsjahr: _____ Wer hat das Sorgerecht? _____

Wo lebt das Kind? _____

Sonstige Angaben: _____

3. Kind

Geburtsjahr: _____ Wer hat das Sorgerecht? _____

Wo lebt das Kind? _____

Sonstige Angaben: _____

Einkünfte, Schulden

Derzeitige *Einkünfte* (bitte Eurobeträge eintragen):

Lohn/Gehalt: _____ € Arbeitslosengeld: _____ € Arbeitslosenhilfe: _____ €

Sozialhilfe: _____ € Rente: _____ € Sonstige Einkünfte: _____ €

Haben Sie *Schulden*? Nein Ja und zwar in Höhe von ca. _____ €

Strafverfahren, Haftstrafen, Bewährung

Haben Sie zur Zeit noch offene Strafverfahren? Nein

Ja und zwar wegen: _____

Haben Sie zur Zeit Bewährung? Nein Ja und zwar wegen: _____

Ende der Bewährungszeit: _____ Auflagen: _____

Haftstrafen: Nein

1. Zeitraum: _____ wegen: _____

2. Zeitraum: _____ wegen: _____

3. Zeitraum: _____ wegen: _____

Schule, Ausbildung

Welche *Schule* haben Sie zuletzt besucht?

Grundschule Hauptschule Realschule Gymnasium Gesamtschule Sonderschule

Ihr höchster *Schulabschluss*: _____

Berufsbildungen/Studium: Keine

Abgeschlossene Ausbildung/Studium als: _____

Begonnene Ausbildung/Studium als: _____

Sind Sie zur Zeit *berufstätig* oder in einer *Ausbildung*? Nein

Ja und zwar als: _____

Falls Sie zur Zeit *berufstätig* sind, machen Sie bitte folgende Angaben:

Wöchentliche Arbeitszeit: _____ Stunden Tägliche Arbeitszeit von: _____ Uhr bis _____ Uhr

Besonderheiten (z. B. Schichtarbeit): _____

Besuchen Sie eine *Schule, Hochschule oder sonstige Bildungseinrichtung*? Nein

Ja und zwar: _____

Falls ja, machen Sie bitte dazu folgende Angaben:

Tägliche Schulzeit von: _____ Uhr bis _____ Uhr

Besonderheiten: _____

Eltern, Stiefeltern

Leibliche Mutter

Stiefmutter

Geburtsjahr: _____

Beruf: _____

Suchtkrank? Nein

Ja und zwar: _____

Wie oft haben Sie Kontakt? Nie selten häufig

Leiblicher Vater

Stiefvater

Geburtsjahr: _____

Beruf: _____

Suchtkrank? Nein

Ja und zwar: _____

Wie oft haben Sie Kontakt? Nie selten häufig

Sonstige Angaben zu den Eltern / Stiefeltern: _____

Geschwister

1. Schwester

Bruder

Geburtsjahr: _____

Beruf: _____

Suchtkrank? Nein

Ja und zwar: _____

Wie oft haben Sie Kontakt? Nie selten häufig

2. Schwester

Bruder

Geburtsjahr: _____

Beruf: _____

Suchtkrank? Nein

Ja und zwar: _____

Wie oft haben Sie Kontakt? Nie selten häufig

3. Schwester

Bruder

Geburtsjahr: _____

Beruf: _____

Suchtkrank? Nein

Ja und zwar: _____

Wie oft haben Sie Kontakt? Nie selten häufig

4. Schwester Bruder

Geburtsjahr: _____ Beruf: _____

Suchtkrank? Nein Ja und zwar: _____

Wie oft haben Sie Kontakt? Nie selten häufig

Sonstige Angaben zu Ihren Geschwistern: _____

Haben Sie Freunde oder Bekannte, die Sie regelmäßig treffen und die nichts mit Drogen zu tun haben?

Nein Ja, einen oder zwei Freunde/Bekannte: Ja drei oder mehr Freunde/Bekannte:

Erkrankungen

1. Krankheit: _____

Seit wann: _____ Derzeit in Behandlung: Nein Ja bei: _____

2. Krankheit: _____

Seit wann: _____ Derzeit in Behandlung: Nein Ja bei: _____

3. Krankheit: _____

Seit wann: _____ Derzeit in Behandlung: Nein Ja bei: _____

4. Krankheit: _____

Seit wann: _____ Derzeit in Behandlung: Nein Ja bei: _____

5. Krankheit: _____

Seit wann: _____ Derzeit in Behandlung: Nein Ja bei: _____

6. Krankheit: _____

Seit wann: _____ Derzeit in Behandlung: Nein Ja bei: _____

Hatten Sie in den letzten Jahren größere Unfälle?

1. Unfall Wann?: _____

Welche Verletzungen?: _____

Waren Sie im Krankenhaus? Nein Ja im _____

2. Unfall Wann?: _____

Welche Verletzungen?: _____

Waren Sie im Krankenhaus? Nein Ja im _____

Waren Sie schon einmal zur Behandlung in einer psychiatrischen Klinik oder Abteilung?

Nein Ja zur Entgiftung Ja aus einem anderen Grund

Grund der Behandlung bzw. Diagnose: _____

Wann war die letzte Behandlung? _____ Name der Klinik: _____

Nur Patientinnen. Besteht derzeit eine Schwangerschaft?

Nein Weiss ich nicht Ja Schwangerschaftswoche: _____

Machen Sie bitte Angaben zu Ihrem Drogengebrauch

Heroin:

Derzeitige Dosis pro Tag: _____ Einstiegsalter: _____

Kokain:

Wie Oft? Täglich mehrmals pro Woche 1-2 mal pro Woche selten oder nie

Einstiegsalter: _____

Bezodiazepine/Schlafmittel:

Wie Oft? Täglich mehrmals pro Woche 1-2 mal pro Woche selten oder nie

Mittel und Dosis pro Tag: _____

Mittel und Dosis pro Tag: _____

Einstiegsalter: _____

Alkohol:

Wie Oft? Täglich mehrmals pro Woche 1-2 mal pro Woche selten oder nie

Menge pro Tag: _____ Einstiegsalter: _____

Cannabis/Haschisch:

Wie Oft? Täglich mehrmals pro Woche 1-2 mal pro Woche selten oder nie

Menge pro Tag: _____ Einstiegsalter: _____

Sonstige Drogen: Nein Ja und zwar: _____

Hatten Sie schon einmal einen Drogennotfall (Überdosierung), bei dem ein Notarzt gerufen wurde oder Sie in ein Krankenhaus eingeliefert wurden?

Nein Ja Anzahl der Drogennotfälle insgesamt: _____ Wann war der letzte Drogennotfall? _____

Gab es besondere Anlässe für Drogennotfälle (z. B. Haftentlassung)? _____

Hatten Sie bereits Entgiftungsbehandlungen im Krankenhaus?

Nein Ja Anzahl der Entgiftungen insgesamt: _____ Wann war die letzte Entgiftung? _____

Wo war die letzte Entgiftung? _____

Haben Sie bereits Entzugsversuche gemacht?

Nein Ja Anzahl der Entzugsversuche insgesamt: _____ Wann war der letzte Entzugsversuch? _____

Haben Sie bereits Langzeittherapien gemacht?

Nein Ja Anzahl der Therapien insgesamt: _____ Wann war die letzte Therapie? _____

Wo war die letzte Therapie? _____

Haben Sie bereits eine eigene Substitution versucht (ohne ärztliche Hilfe)?

Nein Ja Wann zuletzt? _____ Mit welchem Medikament? _____

Hatten Sie schon einmal eine längere Zeit ohne Drogen?

Nein Ja Anzahl dieser Cleanphasen insgesamt: _____ Wann war die letzte Cleanphase? _____

Was hat damals den Rückfall ausgelöst? _____


Hatten Sie bereits Substitutionsbehandlungen bei einem Arzt/Ambulanz?

Nein Ja Anzahl der Substitutionsbehandlungen insgesamt: _____

Wann war die letzte Substitution? _____ Wo war die letzte Substitution? _____

Mit welchem Medikament in welcher Dosierung? _____

Wie ist die letzte Substitution beendet worden? _____



Praxis Andreas Wede
Hausarzt, Palliativmedizin & Suchtmedizin
Hannoversche Str. 9
31582 Nienburg

Machen Sie bitte Angaben zu den Anlässen oder Gründen für Ihren jetzigen Wunsch nach einer Substitution?

Machen Sie bitte Angaben zu Interessen, Hobbies und Lieblingsbeschäftigungen?

Haben Sie besondere Fähigkeiten oder Kenntnisse?

Nienburg, den _____
Datum

Unterschrift