Amt für Gesundheit

Thurgau

SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG
FORMULAR EINTRITT

Kantonsinterne Patientennummer
(durch den Kantonsärztlichen Dienst auszufüllen):

✎ .....

ADMINISTRATIVE ANGABEN

PATIENTIN/PATIENT

Geschlecht 1 ☐ männlich 2 ☐ weiblich

Geburtsdatum |_|_|_|_|_|_|_|_| (Tag/Monat/Jahr)

Erste Staatsangehörigkeit

Zweite Staatsangehörigkeit

Heimatort (CH)

Zivilstand
1 ☐ ledig
2 ☐ verheiratet
3 ☐ getrennt (gerichtlich)
4 ☐ geschieden
5 ☐ verwitwet
6 ☐ registrierte Partnerschaft
-1 ☐ nicht bekannt

Name **Vorname**

Strasse **PLZ/Ort**

BEHANDELNDE/R ÄRZTIN/ARZT

Einrichtung

Name **Vorname**

Strasse **PLZ/Ort**

Telefon **Mobiltel.**

Fax **E-Mail**

LEITENDE/R ÄRZTIN/ARZT Voraussetzung: Inhaber/in kantonale Berufsausübungsbewilligung in eigener fachlicher Verantwortung (MedBG)

Einrichtung

Name **Vorname**

Strasse **PLZ/Ort**

Telefon **Mobiltel.**

Fax **E-Mail**

BEHANDLUNG

E1. Beginn der Behandlung (Datum) |_|_|_|_|_|_|_|_| (Tag/Monat/Jahr)

E2. Handelt es sich um die allererste Substitutionsbehandlung im Leben?

1 ☐ ja (→weiter mit E2.3) 2 ☐ nein -1 ☐ nicht bekannt

Promenadenstrasse 16, 8510 Frauenfeld
T +41 58 345 68 44
www.gesundheit.tg.ch

E2.1 Handelt es sich bei der aktuellen Substitutionsbehandlung um eine Anschlussbehandlung?

1 ☐ ja, ohne Unterbruch 2 ☐ nein, die Person war nicht mehr in Substitutionsbehandlung

E2.2 Gab es je eine andere Art der drogenbezogenen Betreuungen wegen Suchtproblemen?

1 ☐ ja 2 ☐ nein -1 ☐ nicht bekannt

E3. Substitutionspräparat (Substanz)

1 ☐ Methadon (z.B. Methadon Streuli®, Ketalgin®)
2 ☐ Buprenorphin (z.B. Temgesic®, Subutex®)
3 ☐ retardiertes Morphin (z.B. Kapanol®, Sevre-Long®, MST®)
4 ☐ Oxycodon (z.B. Oxycontin®, Oxycodon Sandoz®)
6 ☐ Levomethadon (z.B. L-Polamidon)
5 ☐ anderes, *nämlich*
✎ Anderes Substitutionspräparat: _____

E4. Galenische Form

1 ☐ Lösung (oral)
2 ☐ Tabletten
3 ☐ Kapseln
4 ☐ Injektionslösung
5 ☐ andere, *nämlich*
✎ Andere galenische Form: _____

E5. Tagesdosis (mg/Tag): _____ mg/Tag

Abgabeintervall: _____ x pro Woche

E6. Jetzige Abgabestelle

1 ☐ verschreibende Instanz (Ärztin/Arzt oder Einrichtung)
2 ☐ Einrichtung (andere als verschreibende Instanz)
3 ☐ Apotheke
4 ☐ Gefängnis
5 ☐ andere

E6.1 Name und Adresse der Abgabestelle

Name der Abgabestelle _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

E7. Verabreichung durch Drittinstanz
(im Falle, dass das Präparat nicht direkt der Patientin/dem Patienten abgegeben wird)

1 ☐ ja, *nämlich*
2 ☐ nein

✎ Name und Adresse der Drittinstanz:

Vollständiger Name _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

E8. Zusatzmedikation (therapeutische Gruppen)
(mehrere Antworten möglich)

a ☐ keine
b ☐ Benzodiazepine mit kurzer Halbwertszeit

✎ Exakte Präparat-Bezeichnung: _____ ✎ Dosis (mg/Tag): _____

c ☐ Benzodiazepine mit langer Halbwertszeit

✎ Exakte Präparat-Bezeichnung: ✎ Dosis (mg/Tag):

d ☐ andere Beruhigungsmittel/Schlafmittel/Sedativa

✎ Exakte Präparat-Bezeichnung: ✎ Dosis (mg/Tag):

e ☐ opioide Analgetika

✎ Exakte Präparat-Bezeichnung: ✎ Dosis (mg/Tag):

f ☐ Psychostimulanzien (z.B. Ritalin®, Modasomil®)

✎ Exakte Präparat-Bezeichnung: ✎ Dosis (mg/Tag):

g ☐ Neuroleptika

h ☐ Antidepressiva

i ☐ Antiepileptika

j ☐ HIV-Behandlung

k ☐ Hepatitis-Behandlung

l ☐ nicht-opioide Analgetika

m ☐ Antabus

n ☐ Verhütungsmittel

o ☐ andere, *nämlich*

✎ Andere Zusatzmedikation:

Anmerkungen/Kommentare

PROBLEMBEZOGENE ASPEKTE

Anmerkung: Bei Personen im Substitutionsprogramm wird Heroingebrauch als Hauptproblem vorausgesetzt.

E9. Vorwiegende Einnahmeart von Heroin (letzte 30 Tage)

1 ☐ injizieren 2 ☐ rauchen/inhalieren 3 ☐ essen/trinken 4 ☐ sniffen 5 ☐ kein Konsum -1 ☐ nicht bekannt

E10. Alter bei Erstgebrauch von Heroin ☐☐ (Jahre)

E11. Weitere Problemsubstanzen (problematischer/häufiger Konsum) (letzte 30 Tage) (mehrere Antworten möglich)

a ☐ keine

b ☐ Alkohol

c ☐ Kokain und Derivate

d ☐ andere Stimulanzien

e ☐ Hypnotika/Sedativa

f ☐ Cannabis

g ☐ andere, *nämlich*

✎ Andere Problemsubstanz(en):

x ☐ nicht bekannt

E12. Wurde je eine illegale Substanz injiziert? (alle Substanzen)

1 ☐ ja 2 ☐ nie (→weiter mit E13.) -1 ☐ nicht bekannt

E12.1 In den letzten 12 Monaten injiziert?

1 ☐ ja 2 ☐ nein, nicht in den letzten 12 Monaten (→weiter mit E12.3) -1 ☐ nicht bekannt

E12.2 In den letzten 30 Tagen injiziert?

1 ☐ ja 2 ☐ nein, in den letzten 12 Monaten aber nicht in den letzten 30 Tagen -1 ☐ nicht bekannt

E12.3 Alter bei Erstinjektion ☐☐ (Jahre)

Anmerkung .....

.....

.....

Bestätigung und Unterschrift der/des Patientin/Patienten

Die unterzeichnende Person stimmt der vorgesehenen Behandlung, der Weitergabe dieses Einverständnisses an die/den Kantonsärztin/Kantonsarzt und, falls erforderlich, dem Informationsaustausch zwischen der/dem aktuell und vorangehend verschreibenden Ärztin/Arzt zu.

Unterschrift der Patientin / des Patienten	Unterschrift (und Stempel) der verschreibenden Ärztin / des verschreibenden Arztes
.....	.....

Das Formular ist an folgende E-Mail-Adresse einzureichen: gesundheit.tg@hin.ch.

Promenadenstrasse 16, 8510 Frauenfeld
T +41 58 345 68 44
www.gesundheit.tg.ch