

Substitutionstherapie Neuantrag

1 Administrative Angaben zum Patient

Geschlecht männlich weiblich Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit Heimatort

Zivilstand ledig verheiratet geschieden getrennt (gerichtlich) verwitwet
 registrierte Partnerschaft nicht bekannt

Name Vorname

Strasse Nr.

PLZ Ort

2 Antragsteller (Therapieführender Arzt)

Einrichtung / Praxis

Name Vorname

Strasse Nr.

PLZ Ort

Telefon E-Mail

3 Angaben zur Behandlung

3.1 Indikationsstellender Arzt (sofern abweichend vom therapieführenden Arzt)

Name Vorname

Einrichtung / Praxis

3.2 Handelt es sich um die allererste Substitutionsbehandlung im Leben? ja → 3.3 nein → 3.4 nicht bekannt → 3.5

3.3 Gab es je eine andere Art der drogenbezogenen Betreuungen? ja → 3.5 nein → 3.5 nicht bekannt → 3.5

3.4 Handelt es sich bei der aktuellen Substitutionsbehandlung um eine Anschlussbehandlung?

ja, ohne Unterbruch Ursprüngliches Startdatum

nein, Patient war nicht mehr in Behandlung

3.5 Datum des Therapiebeginns (Substitution)

3.6 Substitut Methadon andere (Name Präparat)

3.7 Galenische Form

Lösung oral Lösung Injektion Tabletten Kapseln andere.....

3.8 Maximale Tagesdosis (mg / Tag)

3.9 Anzahl Tag(e) mit SichtkonsumTag(e) pro Woche
Mind. 1 Teildosis pro Woche hat als Sichtkonsum zu erfolgen → Abweichungen sind unter Punkt 6 zu begründen

3.10 Abgabestelle Praxis Antragsteller → 3.12 Einrichtung → 3.11 Apotheke → 3.11
 Gefängnis → 3.11 andere → 3.11

3.11 Abgabeort (abweichend von Praxis Antragsteller)

Einrichtung / Praxis

Strasse Nr.

PLZ Ort

Telefon E-Mail

3.12 Zusatzmedikation (mehrere Antworten möglich)

keine

Präparat(e) mit Dosis (mg / Tag)

Benzodiazepine mit kurzer Halbwertszeit

.....

Benzodiazepine mit langer Halbwertszeit

.....

andere Beruhigungsmittel / Schlafmittel / Sedativa

.....

opioide Analgetika

.....

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

.....

Neuroleptika

Antidepressiva

Antiepileptika

HIV-Behandlung

Hepatitis-Behandlung

nicht-opioide Analgetika

Antabus

Verhütungsmittel

andere.....

4 Problembezogene Aspekte

4.1 Vorwiegende Einnahmeart von Heroin (letzte 30 Tage)

Injizieren

Rauchen / Inhalieren

Sniffen

kein Konsum

nicht bekannt

Essen / Trinken

4.2 Alter bei Erstkonsum von Heroin

.....

4.3 Weitere Problemsubstanzen (problematischer/häufiger Konsum letzte 30 Tage → Bitte alle angeben!)

keine

Alkohol

Kokain und Derivate

andere Stimulanzien

Hypnotika / Sedativa

Cannabis

nicht bekannt

andere

4.4 Wurde je eine illegale Substanz injiziert? (alle Substanzen)

ja → 4.5

nein → 5.1

nicht bekannt → 5.1

4.5 In den letzten 12 Monaten injiziert?

ja → 4.6

nein → 4.7

nicht bekannt → 4.7

4.6 In den letzten 30 Tagen injiziert?

ja

nein

nicht bekannt

4.7 Alter bei Erstinjektion

.....

4.8 Wurde je eine Nadel / Spritze mit anderen Person gemeinsam benutzt?

ja → 4.9

nein → 5.1

nicht bekannt → 5.1

4.9 Gemeinsame Nutzung von Spritzmaterial in den letzten 12 Monaten?

ja → 4.10

nein → 5.1

nicht bekannt → 5.1

4.10 Gemeinsame Nutzung von Spritzmaterial in den letzten 30 Tagen?

ja

nein

nicht bekannt

5 Angaben zur Gesundheit des Patienten

5.1 Wurde jemals ein HIV-Test durchgeführt?

nein → 6

ja, letzter Test vor über 12 Monaten → 5.2

ja, letzter Test in den letzten 12 Monaten → 5.2

nicht bekannt → 6

5.2 HIV-Status

zum ersten Mal positiv > 12 Monaten

zum ersten Mal positiv ≤ 12 Monaten

HIV-Test negativ

nicht bekannt

6 Anmerkungen / Kommentare

keine

7 Unterschrift therapieführender Arzt

Ort, Datum

..... Unterschrift und Stempel.....

Senden an: per Post: Dienststelle Gesundheit und Sport, Meyerstrasse 20, Postfach 3439, 6002 Luzern / per E-Mail: btm.substitution@lu.ch