



Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie  
und Psychosomatik  
**Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen**  
Selnastrasse 9  
8001 Zürich  
Telefon +41 (0)44 205 58 00  
Telefax +41 (0)44 205 58 02  
zae@puk.zh.ch  
www.pukzh.ch

Direktor Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie  
und Psychosomatik:  
Prof. Dr. med. Erich Seifritz

# Manual

## Substitutionsbehandlungen mit Opioiden im Kanton Zürich: Erläuterungen zum Ausfüllen der Evaluationsbögen ab Ende 2015

### Grundsätzliches

Es ist sehr wichtig, dass Sie die **Bögen so vollständig wie möglich ausfüllen**.

Die Aussagekraft der Begleitforschung steht und fällt mit der Qualität der erhobenen Daten.

Insbesondere bei Fragen, wo die Antwort „Nein“ oder „Keine“ lautet, darf das entsprechende Feld nicht einfach leer bleiben. Nur so kann „Nein“ von „keine Antwort/weiss nicht“ eindeutig unterschieden werden. Wir bitten Sie, darauf zu achten.

Ausser bei Fragen, welche mit dem Zusatz „*Mehrfachantwort möglich*“ gekennzeichnet sind, soll immer nur **eine** Antwortkategorie angekreuzt werden. Kreuzen Sie immer die Kategorie an, die am ehesten auf die **aktuelle** Situation des Patienten oder der Patientin zutrifft bzw. am wenigsten falsch ist.

Am Ende dieses Manuals findet sich je ein Ansichtsexemplar des Eintritts- und des Verlaufs-/Abschlussbogens.

Für allfällige Fragen stehen wir Ihnen selbstverständlich jederzeit gerne zur Verfügung. Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung im Voraus recht herzlich.

Mit freundlichen Grüssen

Carlos Nordt  
Käthi Muster  
Marcus Herdener

## 1 Eintrittsbogen (grün)

- **Anschrift des Arztes/der Ärztin:** Adresse und Telefonnummer ist vorgedruckt. Bitte kontrollieren. Der Zahlencode (oben rechts) ist ausschliesslich für den internen Gebrauch bestimmt.
- **Initialen** und **Geburtsdatum** sind bereits vorgedruckt. Bitte kontrollieren.
- **Datum des Behandlungsbeginnes:** Hier ist das Datum des Beginns der aktuellen Substitutionsbehandlung (mit Methadon, Buprenorphin, Morphin) bei Ihnen schon vorausgefüllt (gemäss Ihrer Anmeldung der Behandlung bei der Kantonalen Gesundheitsdirektion). Alle vorhergehenden Behandlungen bei Ihnen oder anderen Ärzten/Ärztinnen/Institutionen fallen unter die Rubrik „Bisherige Substitutionsbehandlungen“.
- In der Rubrik **ev. KG-Nummer oder Code** können Sie Ihren eigenen Patienten-code eintragen. Er wird bei späteren Verlaufs- oder Abschlussmeldungen automatisch auf den Bogen aufgedruckt.
- **Geschlecht** und **Nationalität.** Bei Doppelbürgerschaft „Schweiz“ und „Ausland“ wird „Schweiz“ angegeben, bei mehrfacher ausländischer Staatsbürgerschaft ist derjenige Staat relevant, dessen Staatsangehörigkeit zuletzt erworben wurde. Bei Staatenlosen und Flüchtlingen wird der frühere Heimatstaat angegeben.
- **Wie wohnt Patient/in?:** Wenn der/die Patient/in *privat* oder *institutionell* wohnt, beantworten Sie bitte auch die entsprechende nachfolgende Frage. Keine weiteren Fragen zur Wohnsituation folgen, falls der/die Patient/in *ohne feste Wohngelegenheit* ist oder Ihnen nicht bekannt ist, wie er/sie wohnt.
- **Wenn privat: Mit wem wohnt Patient/in?** Sie können bei dieser Frage mehrere Antworten ankreuzen.
- **Wenn institutionell, nämlich:** wegen Platzmangel fehlt die Liste der Antwortmöglichkeiten auf dem Bogen. Gemeint sind nicht die Namen der Institutionen, sondern deren Typologie:
  - betreute Wohngemeinschaft
  - Wohnheim
  - sozialmedizinische Institution
  - Krankenhaus, Pflegeheim
  - Psychiatrische Klinik
  - anderes Krankenhaus, Spital (Allgemeinspital)
  - Strafvollzugsanstalt/Gefängnis
  - Zur Kategorie „sozialmedizinische Institution“ gehören Institutionen für Invalide, Institutionen zur Behandlung von Abhängigen, Institutionen für die Behandlung psychosozialer Fälle, sowie Kur- und Erholungsheime.
- **Arbeitsverhältnisse:** In welchem Arbeitsverhältnis steht der Patient oder die Patientin? (bitte nur eine Antwort ankreuzen!) Bei nicht Erwerbstätigen ist als *arbeitslos* zu bezeichnen, wer mindestens teilweise arbeitsfähig und für eine bezahlte Arbeitsstelle vermittelbar ist, aber zum aktuellen Zeitpunkt keine Erwerbsarbeit gefunden hat. Nicht als arbeitslos bezeichnet werden sollten, im Haushalt tätige Personen (*Hausfrau/-mann*), Patienten und Patientinnen mit 50- bis 100-prozentiger *IV- / AHV-Rente* oder aus anderen Gründen nicht Erwerbstätige (*anderes, nämlich:* z. B. in Ausbildung stehende, wegen Krankheit dispensierte Personen).

- **Höchste abgeschlossene Schul-/Berufsbildung:** Es ist die **höchste** abgeschlossene Bildung anzugeben. Sekundarschule, Bezirksschule und andere Begriffe innerhalb der obligatorischen Schulzeit gehören zu *obligatorischer Volksschule*. Anlehre ist nicht gleich Berufslehre, deshalb muss bei einer Anlehre als höchste abgeschlossene Schulbildung *obligatorische Volksschule* angegeben werden. Meisterdiplom, höhere Fachprüfung, eidg. Fachausweis, HTL, HWV, HKG, Schule für Sozialarbeit, Primarlehrerausbildung, Fachhochschulen etc. sind unter *höhere Fach- oder Berufsschule* einzuordnen. Andere Ausbildungen, die sich nicht in diese Hierarchie einordnen lassen, werden nicht berücksichtigt und es ist die höchste sonstige abgeschlossene Bildung anzugeben.
- **Zustand des/der Patient/in (Beginn):** Kategorie (*eher*) *gut* bedeutet bei psychisch, dass keine psychischen Beschwerden vorhanden sind, bei somatisch, dass der/die Patient/in beschwerdefrei ist, und bei sozial, dass er/sie gut integriert ist (arbeitet, Bekannte hat und evtl. auch Kontakte zur Familie). *Mittel* ist jeweils anzukreuzen, wenn diese Bedingungen nur teilweise zutreffen, aber doch in vertretbarem Masse vorhanden sind. *Schlecht* ist der Zustand, wenn psychische bzw. somatische Beschwerden überwiegen.
- **(Ehe)-Partner/in:** Hier ist anzugeben, ob der/die Patient/in in einer partnerschaftlichen Beziehung steht oder nicht. Die Partnerschaft ist unabhängig vom Zivilstand und davon, ob der/die Patient/in mit dem/der Partner/in zusammenlebt oder nicht.
- **Kinder:** Bei der Kinderzahl sind lebende leibliche und nichtleibliche Kinder anzugeben. Ebenso ist anzugeben, wie viele Kinder bei Patient/in leben.
- **Kontakte zu Eltern und/oder Geschwistern:** Kategorie *ja, gute* ist anzukreuzen, wenn der/die Patient/in die Möglichkeit hat, mit Problemen zu Familienmitgliedern zu gehen und die Kontakte im grossen und ganzen spannungsfrei und offen ablaufen. *Mittel/schlechte* Kontakte sind dann vorhanden, wenn der Patient oder die Patientin zwar Kontakte zu Familienmitgliedern hat, diese aber in der Regel mit Spannungen beiderseits verbunden sind.
- **Freunde/Bekannte ausserhalb der Drogenszene:** Kategorie *ja, viele* ist anzukreuzen, wenn der/die Patient/in mehrere Freunde/Freundinnen oder Bekannte (5 oder mehr) hat, mit welchen er/sie in regelmässigem, kontinuierlichem Kontakt steht; *ja, einige* trifft zu, falls 1–4 solcher Kontakte vorhanden sind.
- **Wie bestreitet Patient/in Lebensunterhalt?:** Bitte geben Sie alle Formen des Lebensunterhaltes an. So ist etwa bei einer Teilrente und einer Teilzeiterwerbstätigkeit beides anzugeben. Die Kategorie „anderes“ ist anzukreuzen, wenn der Patient oder die Patientin auf die Unterstützung durch Eltern oder Kredite, illegale Einkünfte etc. angewiesen ist.
- **Wurde Patient/in vor Behandlungsbeginn auf HIV getestet?** ist mit *ja* zu beantworten, wenn Kenntnis genommen wurde von einem vor Behandlungsbeginn durchgeführten Test.
- **War Patient/in vor Behandlungsbeginn gegen Hepatitis B immun?** ist mit *nein* zu beantworten, wenn keine Hepatitis B Infektion durchgemacht wurde und keine Impfung stattfand. Wenn die Eingangsfrage mit *ja, wurde geimpft?* beantwortet wurde, so ist *ja, vollständig* anzukreuzen, wenn Kenntnis genommen wurde von einer vor Behandlungsbeginn durchgeführten vollständigen Impfung. *Ja, teilweise* ist anzukreuzen, wenn die Impfung unvollständig ist.

- **Wurde Patient/in vor Behandlungsbeginn auf Hepatitis C Antikörper positiv getestet?** Bezieht sich auf Testresultate vor Behandlungsbeginn.
- **Drogenkonsum in den letzten 30 Tagen (nicht verordnet):** Diese Frage bezieht sich nur auf den illegalen Konsum von Drogen unmittelbar vor Beginn der Behandlung (30 Tage) bei Ihnen, nicht auf den anamnetischen Konsum; angegeben werden soll, ob die jeweilige Substanz *mehrmals täglich*, *(fast) täglich* (d. h. mehr als 4 mal pro Woche), *gelegentlich* (4 mal pro Woche und weniger) oder nie (*kein Konsum*) konsumiert wird.
- **Konsumarten von nicht verordneten Opioiden und/oder Kokain:** Bei dieser Frage sind alle Arten des Konsums von nicht verordneten Opioiden und/oder Kokain in den letzten 30 Tagen anzugeben. Bitte bei nicht angewendeten Konsumarten *nein* ankreuzen.
- **Einstiegsopiod:** Angabe, ob der problematische Opioidkonsum mit Heroin begonnen hat, oder ob ein anderes Opioid wie Morphin oder ein medizinisches Schmerzmittel auf Opioidbasis ursächlich zur Opioidabhängigkeit geführt hatte.
- **Erster Opioidkonsum im Alter von:** Angabe des Alters, in welchem der erste Opioidkonsum stattfand, unabhängig davon, ob intravenös appliziert oder in einer anderen Form konsumiert wurde.
- **Regelmässiger Opioidkonsum ab dem Alter von:** Angabe des Alters, in welchem begonnen wurde, regelmässig Heroin zu konsumieren, unabhängig davon, ob intravenös appliziert oder in einer anderen Form konsumiert wurde bzw. wird.
- **Jemals Opioid/Kokain gespritzt?** *Ja* ist anzukreuzen, wenn der Konsum von Drogen jemals intravenös erfolgte bzw. erfolgt.
- **Behandlungen der Heroinabhängigkeit in den letzten 12 Monaten:** Hier sind alle Behandlungen anzugeben, welche der/die Patient/in in den letzten 12 Monaten vor Behandlungsbeginn bei Ihnen oder in anderen Einrichtungen begonnen hat. Sowohl *stationärer* wie auch *ambulanter Entzug* schliesst Behandlungen mit oder ohne Medikamente/Methadon ein. Weiter wird nach *Substitution mit Opioiden (Methadon, Buprenorphin, Morphin)* bzw. *Heroin* und drogenfreien *ambulant*en und *stationären Therapien* gefragt.
- **Übernahme aus laufender Substitutionsbehandlung mit Opioiden?** Darunter fallen auch Fortführungen. Es sind nur Methadon-, Buprenorphin- und Morphinbehandlungen gemeint. Der Eintritt in eine Substitutionsbehandlung mit Opioiden gilt als Übernahme aus laufender Behandlung, wenn:
  - der/die Patient/in mit einer Erhaltungsdosis aus einer anderen Substitutionsbehandlung mit Methadon, Buprenorphin oder Morphin zu Ihnen wechselt, d. h. wenn er/sie bereits substituiert ist, sodass nicht neu eingestellt werden muss, oder
  - an einen methadon-, buprenorphin- oder morphinunterstützten Entzug oder eine Überbrückungsindikation bei Ihnen eine längerfristige Behandlung mit neuer Indikation *angeschlossen* wird
- **Wichtiger Hinweis:** Falls ein/e Patient/in bei Behandlungsbeginn aus anderen Gründen (z. B. illegal) bereits etwa Methadon konsumiert, vergessen Sie nicht, dies bei der Frage „Drogenkonsum“ in der Rubrik „anderes, was“ einzutragen.
- **Ich behandle mit folgendem Opioid:** Bitte angeben, ob die Substitutionsbehandlung mit Methadon, Buprenorphin oder Morphin durchgeführt wird.
- **Jetzige Abgabestelle:** Wird das Methadon, Buprenorphin bzw. Morphin in der *eigenen Praxis/Einrichtung*, in der *Apotheke* oder an einer *anderen Stelle* abgegeben?

## 2 Verlaufs- und Abschlussbogen (blau)

- Bei **Verlaufsmeldungen** muss lediglich der Teil des Bogens ausserhalb des grauen Bereiches ausgefüllt werden. Alle Antworten sind **per Verlaufsdatum** (oben rechts auf dem Bogen aufgedruckt) anzugeben.
- Bei **Abschlussmeldungen** muss immer der **ganze Bogen** ausgefüllt werden. Das Abschlussdatum ist gemäss der erfolgten Abschlussmeldung an die Kantonale Gesundheitsdirektion aufgedruckt. Bei „spontanen Abschlüssen“ kann ein Verlaufsbogen als Abschlussbogen ausgefüllt werden, wenn der Abschluss der Behandlung höchstens ein Monat ab Verlaufsdatum weg stattfindet/stattgefunden hat. In diesem Fall ist das Abschlussdatum anzugeben und die Behandlung gleichzeitig bei der Kantonalen Gesundheitsdirektion abzumelden.
- *Verlaufs- und Abschlussbogen:*
- **Anschrift des Arztes/der Ärztin:** Adresse und Telefonnummer ist vorgedruckt. Bitte kontrollieren. Der Zahlencode (oben rechts) ist ausschliesslich für den internen Gebrauch bestimmt.
- **Initialen** und **Geburtsdatum** bei Austritts- und Verlaufsbögen auch Geschlecht und Nationalität sind bereits vorgedruckt. Bitte kontrollieren.
- In der Rubrik **ev. KG-Nummer oder Code** können Sie Ihren eigenen Patienten-code eintragen. Er wird bei späteren Verlaufs- oder Abschlussmeldungen automatisch auf den Bogen aufgedruckt.
- **Datum des Behandlungbeginnes bei mir:** vorausgefüllt gemäss Ihrer Meldung der Behandlung an die Kantonale Gesundheitsdirektion.
- **Wie wohnt Patient/in?:** Wenn der/die Patient/in *privat* oder *institutionell* wohnt, beantworten Sie bitte auch die entsprechende nachfolgende Frage. Keine weiteren Fragen zur Wohnsituation folgen, falls der/die Patient/in *ohne feste Wohngelegenheit* ist oder Ihnen nicht bekannt ist, wie er/sie wohnt.
- **Falls privat: Mit wem wohnt Patient/in?** Sie können bei dieser Frage mehrere Antworten ankreuzen.
- **falls institutionell, nämlich:** wegen Platzmangel fehlt die Liste der Antwortmöglichkeiten auf dem Bogen. Gemeint sind nicht die Namen der Institutionen, sondern deren Typologie:
  - betreute Wohngemeinschaft
  - Wohnheim
  - sozialmedizinische Institution
  - Krankenhaus, Pflegeheim
  - Psychiatrische Klinik
  - anderes Krankenhaus, Spital (Allgemeinspital)
  - Strafvollzugsanstalt/Gefängnis
  - Zur Kategorie „sozialmedizinische Institution“ gehören Institutionen für Invalide, Institutionen zur Behandlung von Abhängigen, Institutionen für die Behandlung psychosozialer Fälle, sowie Kur- und Erholungsheime.

- **Arbeitsverhältnisse:** In welchem Arbeitsverhältnis steht der Patient oder die Patientin? (bitte nur eine Antwort ankreuzen!) Bei nicht Erwerbstätigen, ist als *arbeitslos* zu bezeichnen, wer mindestens teilweise arbeitsfähig und für eine bezahlte Arbeitsstelle vermittelbar ist, aber zum aktuellen Zeitpunkt keine Erwerbsarbeit gefunden hat. Nicht als arbeitslos bezeichnet werden sollten, im Haushalt tätige Personen (*Hausfrau/-mann*), Patienten und Patientinnen mit 50- bis 100-prozentiger *IV-Rente* oder aus anderen Gründen nicht Erwerbstätige (*anderes, nämlich:* z. B. in Ausbildung stehende, wegen Krankheit dispensierte Personen).
- **(Ehe)-Partner/in:** Hier ist anzugeben, ob der/die Patient/in in einer partnerschaftlichen Beziehung steht oder nicht. Die Partnerschaft ist unabhängig vom Zivilstand und davon, ob der/die Patient/in mit dem/der Partner/in zusammenlebt oder nicht.
- **Kontakte zu Eltern und/oder Geschwistern:** Kategorie *ja, gute* ist anzukreuzen, wenn der/die Patient/in die Möglichkeit hat, mit Problemen zu Familienmitgliedern zu gehen und die Kontakte im grossen und ganzen spannungsfrei und offen ablaufen. *Mittel/schlechte* Kontakte sind dann vorhanden, wenn der Patient oder die Patientin zwar Kontakte zu Familienmitgliedern hat, diese aber in der Regel mit Spannungen beiderseits verbunden sind.
- **Freunde/Bekannte ausserhalb der Drogenszene:** Kategorie *ja, viele* ist anzukreuzen, wenn der/die Patient/in mehrere Freunde/Freundinnen oder Bekannte (5 oder mehr) hat, mit welchen er/sie in regelmässigem, kontinuierlichem Kontakt steht; *ja, einige* trifft zu, falls 1–4 solcher Kontakte vorhanden sind.
- **Wie bestreitet Patient/in Lebensunterhalt?:** Bitte geben Sie alle Formen des Lebensunterhaltes an. So ist etwa bei einer Teilrente und einer Teilzeiterwerbstätigkeit beides anzugeben. Die Kategorie „anderes“ ist anzukreuzen, wenn der Patient oder die Patientin auf die Unterstützung durch Eltern oder Kredite, illegale Einkünfte etc. angewiesen ist.
- Die Frage **Wurde Patient/in seit dem** [Eintritts- bzw. letztes Verlaufsdatum, auf dem Bogen vorgedruckt] **auf HIV getestet?** ist nur mit *ja* zu beantworten, wenn seit dem letzten Bericht (Eintritt oder letzter Verlauf) ein HIV-Test durchgeführt wurde oder Kenntnis davon genommen wurde.
- **Wurde Patient/in seit dem** [Eintritts- bzw. letztes Verlaufsdatum, auf dem Bogen vorgedruckt] **gegen Hepatitis B immun?** ist mit *nein* zu beantworten, wenn seit letztem Bericht keine Hepatitis B Infektion durchgemacht wurde und keine Impfung stattfand. Wenn die Eingangsfrage mit *ja, wurde geimpft?* beantwortet wurde, so ist *ja, vollständig* anzukreuzen, wenn Kenntnis genommen wurde von einer seit letztem Bericht durchgeführten vollständigen Impfung. *Ja, teilweise* ist anzukreuzen, wenn die Impfung unvollständig ist.
- **Wurde Patient/in seit dem** [Eintritts- bzw. letztes Verlaufsdatum, auf dem Bogen vorgedruckt] **auf Hepatitis C Antikörper positiv getestet?** Bezieht sich auf Testresultate seit letztem Bericht.
- **Ich behandle mit folgendem Opioid:** Bitte angeben, ob die Substitutionsbehandlung mit Methadon, Buprenorphin oder Morphin durchgeführt wird.
- **Derzeitige Dosierung des Opioids (zum Zeitpunkt der Verlaufsmeldung bzw. beim Abschluss):** Geben Sie bitte im entsprechenden Feld die verschriebene und/oder abgegebene Dosis des Methadons, Buprenorphins bzw. Morphin an.
- **Jetzige Abgabestelle:** Wird das Methadon, Buprenorphin bzw. Morphin in der *eigenen Praxis/Einrichtung*, in der *Apotheke* oder an einer *anderen Stelle* abgegeben?

- **Abgabe des Opioids:** Holt die Patientin/ der Patient das Methadon, Buprenorphin bzw. Morphin jeden Tag ab, oder werden Opioiddosen für mehrere Tage abgegeben? Bitte die Häufigkeit der Abgabe des Opioids, bezogen auf die letzten 30 Tage, angeben.
  - **Wurden seit dem [Eintritts- bzw. letztes Verlaufsdatum, auf dem Bogen vorgedruckt] Urinalanalysen durchgeführt?** Bitte angeben, ob seit letztem Bericht (Eintritt oder vorgängiger Verlauf) Urinalanalysen durchgeführt wurden oder nicht. Falls Urinalanalysen durchgeführt wurden, bitte Gesamtanzahl und Anzahl positiver Analysen jeweils für Heroin, Kokain und Benzodiazepine angeben.
  - **Drogenkonsum in den letzten 30 Tagen (nicht verordnet):** Diese Frage bezieht sich nur auf den illegalen Konsum von Drogen in den letzten 30 Tagen per Verlaufs- bzw. Abschlussdatum bei Ihnen, nicht auf den anamnetischen Konsum; angegeben werden soll, ob die jeweilige Substanz *mehrmals täglich*, *(fast) täglich* (d. h. mehr als 4 mal pro Woche), *gelegentlich* (4 mal pro Woche und weniger) oder nie (*kein Konsum*) konsumiert wird.
  - **Konsumarten von Heroin und/oder Kokain:** Bei dieser Frage sind alle Arten des Konsums von Heroin und/oder Kokain in den letzten 30 Tagen anzugeben. Bitte bei nicht angewendeten Konsumarten *nein* ankreuzen.
- 
- *nur Abschlussbogen:*
  - **Abschlussdatum:** vorausgefüllt gemäss Ihrer Abmeldung der Behandlung bei der Kantonalen Gesundheitsdirektion.
  - **Abschlussumstände (nur eine Antwort!):** *regulär, abstinent* meint, dass die Opioiddosis (Methadon, Buprenorphin, bzw. Morphin) bis zum Zeitpunkt des Austritts auf Null reduziert worden ist; *regulär, im gegenseitigen Einvernehmen* meint alle anderen regulären Abschlüsse (z. B. Überweisung/Wohnortwechsel etc.); *formeller Abbruch durch Patient/in* meint, dass der Abbruch zuvor in irgendeiner Weise angekündigt oder mitgeteilt wurde. *Formeller Abbruch durch Arzt/Ärztin* meint die Fälle, in denen die Initiative zum Abschluss einseitig vom/von der Behandelnden ausgegangen ist. Als *Kontaktverlust* gilt ein Behandlungsabschluss, wenn ein/e Patient/in 4 Wochen nicht erschienen ist. (In diesem Fall ist diese Behandlung bei der GD abzumelden). *Patient gestorben* gilt für sämtliche Todesursachen. Kreuzen Sie die entsprechende Vorgabe an oder benützen Sie das Textfeld, wenn davon nichts zutrifft.
  - **Zustand des/der Patient/in (im Vergleich zum Behandlungsbeginn):** Im Abschlussbogen ist die Veränderung des psychischen, somatischen und sozialen Zustands im Vergleich zum Behandlungsbeginn anzugeben.
  - **Anschlussbehandlung geplant?** Eine Anschlussbehandlung gilt nur dann als geplant, wenn sie durch konkrete Abklärungen vorbereitet und mit einem positiven Aufnahmebescheid bestätigt worden ist. Kreuzen sie *nein* an, wenn keine solche Anschlussbehandlung geplant ist. Kreuzen Sie *ja* an, wenn eine Anschlussbehandlung im obigen Sinn geplant wurde und geben Sie bitte auch an (**nur eine Antwort möglich**), um welche Art Anschlussbehandlung es sich handelt. Benützen Sie das Textfeld, wenn davon nichts zutrifft.
  - **Globale Einschätzung des Behandlungsverlaufs:** Wie schätzen Sie den Behandlungsverlauf ein?

Meldung innerhalb von 21 Tagen direkt an:

Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Forschungsgruppe Substanzstörungen, Selnaustr. 9, 8001 Zürich

(Anonymer Beleg für die wissenschaftliche Auswertung)

Bitte vollständig ausfüllen (Zutreffendes ankreuzen bzw. einsetzen)

	<b>Basisangaben</b> Initialen (Vorname, Nachname) <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> Datum des Behandlungsbeginnes <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Geburtsdatum <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> ev. KG-Nummer oder Code <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
--	---	---

### Geschlecht der Patientin / des Patienten?

- männlich  
 weiblich

### Nationalität der Patientin / des Patienten?

### Wie wohnt Patient/in?

- privat, wie genau (Mehrfachantworten möglich):  
 vorwiegend allein  
 mit Eltern(-teil) / Pflege-, Schwiegereltern  
 mit Partner/in oder Kollegen  
 mit Kindern unter 18 Jahren  
 ohne feste Wohngelegenheit  
 unbekannt  
 institutionell (inkl. begleitetes Wohnen), nämlich:

### Arbeitsverhältnisse (bitte nur eine Angabe)

- Vollzeitarbeit/-stelle  
 Teilzeitarbeit/-stelle  
 arbeitslos (auf Stellensuche)  
 Hausfrau/-mann oder IV- / AHV-Rente  
 anderes, nämlich:

### Höchste abgeschlossene Schul-/Berufsbildung

- keine abgeschlossene Schulbildung  
 obligatorische Volksschule  
 Berufslehre oder Vollzeitberufsschule  
 Maturitätsschule  
 höhere Fach- oder Berufsschule  
 Universität, Hochschule  
 unbekannt

### Zustand des Patienten/der Patientin (Beginn)

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| psychisch                | somatisch                | sozial                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> (eher) schlecht |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> mittel          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> (eher) gut      |

### (Ehe-)Partner/in

- ja  
 nein, keine/n

### Kinder

- nein, keine  
 ja, wieviele:  
 Anzahl aller Kinder  
 davon leben bei Patient/in

### Kontakte zu Eltern und/oder Geschwister

- ja, gute  
 ja, mittel/schlechte  
 nein, keine

### Freunde/Bekannte ausserhalb der Drogenszene

- ja, viele  
 ja, einige  
 nein, keine

### Wie bestreitet Patient/in Lebensunterhalt? (bitte alle Formen angeben)

- Eigener Verdienst  
 Einkommen Partner/in  
 Arbeitslosenversicherung  
 IV- / AHV-Rente  
 Sozialhilfe/Fürsorge  
 anderes  
 unbekannt

### Wurde Patient/in vor Behandlungsbeginn auf HIV getestet?

- nein  
 ja, das Resultat war:  
 negativ  
 positiv  
 wird nicht mitgeteilt

### War Patient/in vor Behandlungsbeginn gegen Hepatitis B immun?

- nein  
 ja; wurde geimpft?  
 ja, vollständig  
 ja, teilweise  
 nicht geimpft, aber Status nach Hepatitis B  
 unbekannt

### Wurde Patient/in vor Behandlungsbeginn auf Hepatitis C Antikörper positiv getestet?

- nein  
 ja  
 unbekannt

### Drogenkonsum in den letzten 30 Tagen vor Behandlungsbeginn (nicht verordnet)

- |                          |                          |                          |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| kein Konsum              | gelegentlich             | (fast) täglich           | mehrmals täglich         | unbekannt                |  |
| <input type="checkbox"/> | Heroin/Opioid  |
| <input type="checkbox"/> | Kokain   |
| <input type="checkbox"/> | Benzodiazepine   |
| <input type="checkbox"/> | Alkohol  |
| <input type="checkbox"/> | anderes, was:<br><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |

### Konsumarten von nicht verordneten Opioiden und/oder Kokain in den letzten 30 Tagen

- |                          |                          |                                    |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| Rauchen                  | Spritzen                 | Sniffen                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ja        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> unbekannt |

### Einstiegsopioide

- Heroin  
 anderes Opioid, nämlich:

### Erster Opioidkonsum im Alter von

 Jahren

### Regelmässiger Opioidkonsum ab dem Alter von

 Jahren

### Jemals Opioid/Kokain gespritzt?

- ja  
 nein

### Behandlungen der Opioidabhängigkeit in den letzten 12 Monaten

- |                          |                          |                          |                                  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| keine Behandlung         | eine Behandlung          | mehrere Behandlungen     |                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Entzug stationär                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Entzug ambulant                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Substitution mit Opioiden        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Substitution mit Heroin          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ambulante Therapie } ohne Opioid |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | stationäre Therapie }            |

### Übernahme aus Substitutionsbehandlung mit Opioiden?

- ja  
 nein

### Ich behandle mit folgendem Opioid:

- Methadon  
 Buprenorphin  
 Sevre-Long  
 anderem, nämlich:

### Jetzige Abgabestelle

- eigene Praxis/Einrichtung  
 Apotheke  
 andere Stelle

### Bemerkungen

Meldung innerhalb von 21 Tagen direkt an:

Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Forschungsgruppe Substanzstörungen, Selnaustr. 9, 8001 Zürich

(Anonymisierter Beleg für die wissenschaftliche Auswertung)

Bitte vollständig ausfüllen (Zutreffendes ankreuzen bzw. einsetzen)

<b>Basisangaben</b>	Initialen (Vorname, Nachname) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Geburtsdatum <input style="width: 100%;" type="text"/>
Geschlecht:	Nationalität	ev. KG-Nummer oder Code
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

**Datum des Behandlungsbeginnes bei mir:**

**Wie wohnt Patient/in?**

privat, wie genau (Mehrfachantworten möglich):

vorwiegend allein

mit Eltern(-teil) / Pflege-, Schwiegereltern

mit Partner/in oder Kollegen

mit Kindern unter 18 Jahren

ohne feste Wohngelegenheit

unbekannt

institutionell (inkl. begleitetes Wohnen), nämlich:

**Arbeitsverhältnisse** (bitte nur eine Angabe)

Vollzeitarbeit/-stelle

Teilzeitarbeit/-stelle

arbeitslos (auf Stellensuche)

Hausfrau/-mann oder IV- / AHV-Rente

anderes, nämlich:

**(Ehe-)Partner/in**

ja

nein, keine/n

**Kontakte zu Eltern und/oder Geschwister**

ja, gute

ja, mittel/schlechte

nein, keine

**Freunde/Bekannte ausserhalb der Drogenszene**

ja, viele

ja, einige

nein, keine

**Wie bestreitet Patient/in Lebensunterhalt?** (bitte alle Formen angeben)

Eigener Verdienst

Einkommen Partner/in

Arbeitslosenversicherung

IV- / AHV-Rente

Sozialhilfe/Fürsorge

anderes

unbekannt

**Wurde Patient/in seit dem auf HIV getestet?**

nein

ja, das Resultat war:

negativ

positiv

wird nicht mitgeteilt

**Wurde Patient/in seit dem gegen Hepatitis B immun?**

nein

ja; wurde geimpft?

ja, vollständig

ja, teilweise

nicht geimpft, aber Status nach Hepatitis B

unbekannt

**Wurde Patient/in seit dem auf Hepatitis C Antikörper positiv getestet?**

nein

ja

unbekannt

**Ich behandle mit folgendem Opioid:**

Methadon

Buprenorphin

Sevre-Long

anderem, nämlich:

**Derzeitige Dosierung des Opioids:**

mg pro Tag

**Jetziges Abgabestelle**

eigene Praxis/Einrichtung

Apotheke

andere Stelle

**Abgabe des Opioids**

täglich (Mo-So)

täglich (ausser am Wochenende)

alle 2 Tage

2x pro Woche

1x pro Woche

**Wurden seit dem Urinalysen durchgeführt?**

<input type="checkbox"/> nein, keine	
<input type="checkbox"/> ja, Anzahl	davon positiv
<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>

**Drogenkonsum in den letzten 30 Tagen** (nicht verordnet)

kein Konsum	gelegentlich	(fast) täglich	mehrmals täglich	unbekannt	
<input style="width: 20px;" type="text"/>					
<input style="width: 20px;" type="text"/>	Heroin/Opioid				
<input style="width: 20px;" type="text"/>	Kokain				
<input style="width: 20px;" type="text"/>	Benzodiazepine				
<input style="width: 20px;" type="text"/>	Alkohol				
<input style="width: 20px;" type="text"/>	anderes, was:				

**Konsumarten von nicht verordneten Opioiden und/oder Kokain in den letzten 30 Tagen**

Rauchen	Spritzen	Sniffen
<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
		<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> unbekannt

**Abschlussdatum**

**Abschlussumstände**

regulär, abstinenter

regulär, in gegenseitigem Einverständnis

formeller Abbruch durch Patient/in

formeller Abbruch durch Arzt / Ärztin

Kontaktverlust

Patient/in gestorben

andere, nämlich:

**Zustand des Patienten / der Patientin** (Im Vergleich zum Behandlungsbeginn)

psychisch	somatisch	sozial	
<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	
<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	verschlechtert
<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	unverändert
<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	verbessert

**Anschlussbehandlung geplant?**

nein, keine

ja, nämlich:

Substitutionsbehandlung mit Opioid

Heroinbehandlung

bei mir / uns weiter ohne Opioid

Entzugsbehandlung

Eintritt in therapeutische Gemeinschaft

anderes, nämlich:

**Globale Einschätzung des Behandlungsverlaufs**

sehr ungünstig

eher ungünstig

mittelmässig

eher günstig

sehr günstig

nicht beurteilbar

**Bemerkungen** (ev. Zusatzblatt benützen)

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt / Ärztin: \_\_\_\_\_