

Situationseinschätzung

--	--	--	--	--	--	--	--

Patientencode analog BfArM Meldung

**Behandlungsbeginn**

**Datum:**..... [ **3 Monate später:** ..... [ **usw.**

***Bereich Gesundheit***

1) körperlicher Zustand	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
2) psychischer Zustand	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
3) Behandlungsakzeptanz/-fortschritt	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

***Bereich Sucht/Konsum***

4) Beigebrauchsverhalten/-intensität	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
5) Entwicklung Richtung Abstinenz		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

***Bereich persönliche und soziale Beziehungen***

6) in Partnerschaft/Ehe	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
7) in sonstigen familiären Beziehungen (z.B. Kinder, Eltern)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
8) im Umfeld (Freunde, Bekannte, Nachbarn, Kollegen)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

***Bereich Wohnen, Arbeit/Ausbildung, Freizeit, PSB, Compliance***

9) Wohnsituation	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
10) Arbeits- bzw. Ausbildungssituation	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
11) Verschuldung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
12) Gestaltung freier Zeit/Tagesstruktur	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
13) Inanspruchnahme PSB	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
14) Compliance		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

***Bereich strafrechtliche Belastung***

15) strafrechtl. Belastung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
----------------------------	---------------------	---------------------

**Sonstiges, und zwar:**

16) .....	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
--------------	---------------------	---------------------

**Bemerkungen:**

0-1: kein bzw. minimales Problem/ Beeinträchtigung; 2-3: leichtes Problem; 4-5: mittleres Problem; 6-7: beträchtliches Problem;  
8-9: extremes Problem/ Beeinträchtigung

**Dokumentation gemäß § 7 Abs. 1  
Regelung zur Durchführung der Qualitätsprüfung gemäß § 136 Abs. 1 SGB V**

Name des Patienten: - \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Kostenträger: \_\_\_\_\_

Beginn der Substitution: \_\_\_\_\_

<u>Anfangsdosierung</u>	Zutreffendes ankreuzen !	<u>Dosierung z.Zt.</u>
<input type="checkbox"/> DL-Methadon	.....mg	<input type="checkbox"/> DL-Methadon .....mg
<input type="checkbox"/> L-Polamidon	.....mg	<input type="checkbox"/> L-Polamidon .....mg
<input type="checkbox"/> Subutex	.....mg	<input type="checkbox"/> Subutex .....mg
<input type="checkbox"/> Codein *	.....mg	<input type="checkbox"/> Codein .....mg

\* Bitte Begründung für die Auswahl dieses Präparates:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**⇒ Aktuelle Begleiterkrankung (Diagnosen)**

Ja       Nein


**⇒ Aktuelle begleitende Medikation**

ART	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Interferon Therapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Psychiatrische Begleitmedikation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**⇒ Fachärztliche Mitbehandlung erforderlich?**

Ja       Nein

**Wenn ja, durchgeführt?**

Ja       Nein    \*Wenn nein, bitte Begründung beifügen!

**⇒ Psychosoziale Begleitung erforderlich?**

Ja                     Nein, weil .....

Bitte Bescheinigung der Beratungsstelle beifügen (BUB-Richtlinien)!

Wenn ja, Durchführung durch:

- Beratungsstelle  
 Soziale Fachkraft in der  
 Praxis / Ambulanz .....
- Keine, weil... ..

**⇒ LABORWERTE aktuell**

Hepatitis B  Erstdiagnose: \_\_\_\_\_  
 C  Erstdiagnose: \_\_\_\_\_

HIV-Status  pos.  neg.  
 Erstdiagnose : \_\_\_\_\_

HCV-RNA  pos.  neg.

Viruslast : \_\_\_\_\_

Therapie  ja  nein

.....  
 .....

Therapie  ja  nein

.....  
 .....

Untersuchungszeitraum der letzten 6 Monate				
Datum	GGT	GPT	GOT	MCV

**⇒ Alkoholkonsum**

Ja \* wenn ja, bitte Konsummuster erläutern!     Nein

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**⇒ Urinkontrollen**

Bitte die Ergebnisse der in den letzten 6 Monaten durchgeführten Urinscreenings beifügen!

**⇒ Entgiftungen**

Anzahl der in den letzten 6 Monaten durchgeführten Entgiftungsbehandlungen: \_\_\_\_\_

\*bitte Abschlussberichte beifügen!

⇒ **Verlaufsbericht zur substituionsgestützten Behandlung**

**Psychischer Zustand:**

**Haben Sie im Verlauf der Behandlung bei ihrem Patienten psychische oder psychiatrische Auffälligkeiten festgestellt?**

Ja  Nein

Wenn ja,

haben Sie eine entsprechende Diagnostik und/oder Therapie eingeleitet?

Ja \*welche?  Nein \*Wenn nein, bitte Begründung beifügen!

**Körperlicher Zustand:**

Haben Sie im Verlauf der Behandlung bei ihrem Patienten allgemeinmedizinische / internistische Auffälligkeiten festgestellt?

Ja  Nein

Wenn ja,

haben Sie eine entsprechende Diagnostik und/oder Therapie eingeleitet?

Ja \*welche?  Nein \*Wenn nein, bitte Begründung beifügen!

**Körperliche Untersuchung:**

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

<b>Zahnstatus</b>	<input type="checkbox"/> desolat	<input type="checkbox"/> sanierungsbedürftig	<input type="checkbox"/> saniert
<b>Venenstatus</b>	<input type="checkbox"/> Einstichstellen	<input type="checkbox"/> Thrombosen	
<b>Thorax</b>			
<b>Cor:</b>	<input type="checkbox"/> arrhythmisch	<input type="checkbox"/> rhythmisch	
<b>Geräusche:</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	RR _____ mm/Hg
<b>Pulmo:</b>	vesiculäres Atemgeräusch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	pathologisches Atemgeräusch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Abdomen</b>	<b>Leber:</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> vergrößert
	<input type="checkbox"/> Nierenlager frei	<input type="checkbox"/> Klopfeschmerz	

## Psychosoziale Entwicklung

	Status bei Beginn der Behandlung	Ziel 1 bei Beginn der Behandlung	Status aktuell	Ziel 2 aus aktueller Sicht
<b><u>Familienstand:</u></b>				
ledig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verheiratet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verwitwet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geschieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kinder</b>				
Anzahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Haushalt lebend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>Schulabschluss</u></b> <b>(abgeschlossen)</b>				
Sonderschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauptschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gymnasium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kein Abschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>Ausbildung</u></b> <b>(abgeschlossen)</b>				
Lehre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Studium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umschulung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Erwerbstätigkeit</b>				
ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>Lebensunterhalt:</u></b>				
Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitslosengeld/ -hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eigenes Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Schulden:</b>				
ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sanierungsplan:</b>				
ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wohnen:</b>				
ohne festen Wohnsitz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eigene Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei Angehörigen, Freunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnheim / Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zusammenfassende Stellungnahme zum bisherigen Behandlungsverlauf:**

a) Körperlicher Zustand:            unverändert     verbessert     verschlechtert

---



---

b) Psychischer Zustand:            unverändert     verbessert     verschlechtert

---



---

c) Soziale Situation:            unverändert     verbessert     verschlechtert

---



---

**Begründung zur Fortführung der Substitutionsbehandlung:**

Verbesserung in den Bereichen a) bis c)

---



---

Ab wann ist mit Abstinenz zu rechnen?

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Praxisstempel