

DOKUMENTATIONSBOGEN

BITTE BEACHTEN SIE, DASS JEDE DOKUMENTATION INDIVIDUELL ANGEFERTIGT WERDEN MUSS. DOKUMENTATIONSBOGEN MIT DURCHGÄNGIGES EINSETZEN VON TEXTBAUSTEINEN KÖNNEN NICHT BEARBEITET WERDEN.

Pseudonym (nach BfArM Codierung): _____ **Prüfquartal:** _____

Geburtsjahr: |__|_|_|_|_| **Beginn der Substitution:** _____

Anfangsdosierung:

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Levo-Methadon mg/d
- Methadonrazemat mg/d
- Buprenorphin mg/d
- Bup.-Depot mg je Woche pro Monat
- Codein ¹ mg/d
- ret. Morphin mg/d

Dosierung z.Zt.

Achten Sie bitte auf die Maßangaben!

- Levo-Methadon mg/d
- Methadonrazemat mg/d
- Buprenorphin mg/d
- Bup.-Depot mg je Woche pro Monat
- Codein ¹ mg/d
- ret. Morphin mg/d

¹ Bitte eine gesonderte Begründung für die Auswahl dieses Präparates beifügen!

⇒ **Anamnese** (somatisch, psychiatrisch und Sucht (Aufnahmesituation, Dauer der Opioidabhängigkeit, Vorsubstitution, Therapieerfahrung, welche Substanzen, Alkoholkonsum)

⇒ **Befund**

1. Psychischer Zustand:

2. Körperlicher Zustand:

Untersuchung: Größe: _____ cm AZ: _____
 Gewicht: _____ kg EZ: _____

Zahnstatus	<input type="checkbox"/> desolat	<input type="checkbox"/> sanierungsbedürftig	<input type="checkbox"/> saniert
Venenstatus	<input type="checkbox"/> Einstichstellen	<input type="checkbox"/> Thrombosen	
Herz/ Kreislauf	<input type="checkbox"/> rhythmisch <input type="checkbox"/> arrhythmisch Geräusche: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	RR _____mg/Hg	<input type="checkbox"/> EKG (Bitte anfügen!) Datum: _____ QTc: _____ms
Pulmo	vesikuläres Atemgeräusch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	pathologisches Atemgeräusch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Abdomen	Leber: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> vergrößert		
	<input type="checkbox"/> Nierenlager frei	<input type="checkbox"/> Klopfschmerz	
Wundheilungsstörungen/ Abszesse	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> in Behandlung	<input type="checkbox"/> nein, weil _____	
Sonstiges	_____ _____ _____		

⇒ **Laborwerte**

Bitte die jüngsten Laborwerte als Ausdruck beifügen (nicht älter als 2 Jahre).

HCV-Status: AK neg. pos. HCV PCR: neg. pos.
 Therapie durchgeführt ja nein chron. Hep. B ja nein
 HIV-Status AK: neg. pos. Therapie durchgeführt ja nein

Wenn keine Kontrollen, bitte begründen:

⇒ **Impfstatus**

Impfung Hepatitis A erfolgt? Ja, am _____ Nein; AK Nachweis vom: _____
 Impfung Hepatitis B erfolgt? Ja, am _____ Nein; AK Nachweis vom: _____
 Impfstatus erhoben? Ja, am _____ Nein, Begründung: _____

Allgemeine Informationen: Drogenabhängige Patienten weisen ein erhöhtes Infektionsrisiko auf. Aus diesem Grund ist die Hepatitis B Impfung zu Lasten der GKV möglich. Bei bestehender chronischer Hepatitis C Infektion ist die Impfung gegen Hepatitis A und B indiziert.

⇒ Aktuelle Begleiterkrankung (Diagnosen)

Ja, bitte benennen! Nein

ICD-Code

⇒ Fachärztliche Mitbehandlung

Erfolgt eine fachärztliche Mitbehandlung? Wenn ja, welche?

Ja Nein

⇒ Aktuelle begleitende Medikation

Ja, bitte aktuellen einheitlichen Medikationsplan beilegen Nein

⇒ stationäre Behandlungen

Anzahl der in den letzten 12 Monaten durchgeführten stationären Behandlungen (bitte Abschlussberichte beifügen): _____

⇒ Beikonsum

Ja, bitte Substanzen und Frequenz erläutern! Nein

⇒ Alkoholkonsum und Kontrollen (EtG, PETH, Leberwerte, Atemtest)

Ja, bitte Konsummuster erläutern! Nein

⇒ Drogenscreening

Bitte die Ergebnisse des Prüfquartals und ggf. des darauffolgenden Quartals beifügen.

(Opioide, Kokain, Amphetamine, Benzodiazepine, EtG, THC, EDDP u./o. Bup. mind. 1x/Monat)

Streifentests allein sind nicht ausreichend.

⇒ Take-Home- Verordnung

Vergabe im Rahmen der Take-Home-Verordnung im Prüfquartal?

Ja → Anzahl der Take-Home-Tage: _____ Nein

Take-Home-Verordnungen innerhalb der letzten 12 Monate?

Ja Nein

Begründung: _____

⇒ Psychosoziale Situation***

Partnerschaftliche/familiäre Situation: _____

Anzahl im Haushalt lebende, minderjährige Kinder (Alter): _____

Erwerbssituation/Lebensunterhalt: _____

Schuldenregulierung nötig/veranlasst: _____

Wohnsituation: _____

Rechtliche Situation: _____

Aufenthaltsstatus: _____

⇒ Psychosoziale Begleitung erforderlich?

Bitte jeweils begründen und ggf. Bescheinigung der betreuenden Stelle beifügen.

Ja _____

Nein _____

⇒ **Zusammenfassende Stellungnahme zum bisherigen Behandlungsverlauf**
(hier sollten in kurzen Worten die Besonderheiten des bisherigen Behandlungsverlaufs dargestellt werden)

a) Konkrete Therapieziele und -maßnahmen zu Beginn der Behandlung***

b) Behandlungsverlauf / bisher erreichte Ziele***

c) Aktuelle / individuelle Therapieziele und konkrete Maßnahmen zur Zielerreichung***
(z.B. Gespräche zur (Opioid-) Abstinenz)

*** ggf. weitere Informationen als Freitext

Ort, Datum

Unterschrift, Praxisstempel