

Dokumentationsbogen

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** (Psychiatrisch & Somatisch, Aufnahmesituation, Dauer der Opioidabhängigkeit, Vorsubstitution, Therapieerfahrung, Beigebrauch, Alkoholkonsum)

⇒ **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

⇒ Aktuelle Begleiterkrankung (Diagnosen)

Ja, bitte benennen!

Nein

ICD-Code

⇒ Aktuelle begleitende Medikation

Ja, bitte angeben!

Nein

⇒ Fachärztliche Mitbehandlung

Erfolgt eine fachärztliche Mitbehandlung? Wenn ja, welche?

Ja

Nein

⇒ **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

⇒ **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.

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

Ja, bitte Konsummuster erläutern! Nein

⇒ **Drogenscreening**

Bitte die Ergebnisse des Prüfquartals und ggf. des darauffolgenden Quartals (Opioide, Kokain, Amph., Benzodiazepine, EtG, THC, EDDP u./o. Bup. mind. 1x/Monat) beifügen.

⇒ **Take-Home- Verordnung**

Aktuelle Vergabe im Rahmen der Take-Home-Verordnung?

Ja Nein Anzahl der Take-Home-Tage: _____

Take-Home-Verordnungen innerhalb der letzten 12 Monate?

Ja Nein

Begründung: _____

⇒ stationäre Behandlungen

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

⇒ Verlaufsbericht zur substitutionsgestützten Behandlung

Psychischer Zustand: _____

Körperlicher Zustand:

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

- Ja **welche?** Nein

Haben Sie eine entsprechende Diagnostik und/oder Therapie eingeleitet?

- Ja **welche?** Nein **wenn nein, bitte Begründung beifügen!**

Körperliche Untersuchung:

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

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 <u>Geräusche:</u> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	RR _____mg/Hg	<input type="checkbox"/> EKG 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	<u>Leber:</u>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> vergrößert
	<input type="checkbox"/> Nierenlager frei	<input type="checkbox"/> Klopfeschmerz	
Wundheilungs- störungen/Abszesse	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> in Behandlung	<input type="checkbox"/> nein, weil _____ _____	

⇒ Zusammenfassende Stellungnahme zum bisherigen Behandlungsverlauf

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

b) Behandlungsverlauf / bisher erreichte Ziele***

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

*** ggf. weitere Informationen als Freitext

Ort, Datum

Unterschrift, Praxisstempel