



Formular

Bericht Therapiestelle

Name/Vorname

Geburtsdatum

1. Formelles Behandlungssetting

Behandlungszeitraum

2. Suchtanamnese bis und mit aktueller Situation

| | |
|---|--|
| Konsumierte Substanzen | |
| Konsumverlauf mit Zeit- und Mengenangaben (Erstkonsum, Konsumentwicklung) | |
| Zeitpunkt seit bestehender Abstinenz | |
| Laborbefunde | |

3. Behandlungsverlauf

| | |
|---|--|
| Zuverlässigkeit in der Behandlungsteilnahme | |
| Motivation | |
| Problembewusstsein (Konsumproblematik, Trennen von Konsum und Fahren) | |
| Risikobearbeitung | |

| | |
|---|--|
| Erarbeitete Strategien zur Rückfallprophylaxe | |
| Abstinenzsicherung | |

4. Weitere bekannte psychische oder somatische Erkrankungen, verordnete Medikamente

| | |
|--|--|
| Bekanntes aufführen, evtl. Verweis an zuständige Fachperson (z. B. Hausarzt, Psychiater) | |
|--|--|

5. Psychosoziale Lebensumstände

| | |
|--------------------------------------|--|
| Soziales Umfeld | |
| Berufliche und finanzielle Situation | |
| Wohnsituation | |
| Freizeit | |

6. Abschliessende Bemerkung (z. B. Indikation der Fortsetzung der Behandlung, Prognose, Empfehlung)

| |
|--|
| |
|--|

Datum

Stempel/Unterschrift