

# AUFNAHME

**Datum:**

**Name:** \_\_\_\_\_ **geb.:** \_\_\_\_\_

**Aufnahmeanlass/aktuelle Beschwerden:**

**Aktueller Konsum** (Substanzen incl. Substitutionsmittel, Menge + Art des Konsums):

**Opioid-Abhängigkeit** (u.a. Erstes Auftreten von Entzugssymptomen) **seit:**

**Psychiatrische/Somatische Vorerkrankungen** (z.B. Infekte, Delir, Krampfanfälle):

**Aktuelle Medikation:**

**Aktuell mitbehandelnde Ärzte (auch vorherige Substitutionsbehandlung):**

**Gesetzliche Betreuung:**

Ja  Name/Telefonnummer d. Betreuers:

Nein

**Diagnosen:**

**Erstellt von:**