

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: