

--	--	--

Nr.: Einrichtung

--	--	--

Nr.: Klient/in

Anamnesebogen

Seite 1

Datum, ____ . ____ . ____

2.1	Verwaltungs- / Zugangsdaten (ab hier nur für Klienten/innen mit 2 und mehr Kontakten)
------------	--

2.1.1	Jemals zuvor suchtbezogene Hilfe beansprucht	<input type="checkbox"/>
	1 ja	
	2 nein	
2.1.1.1	Wiederaufnahme in dieser Einrichtung	<input type="checkbox"/>
	1 ja	
	2 nein	

2.1.2	Vermittelnde Instanz	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	1.0 Kein/e/ Selbstmelder/in	
	2.1 Familie	
	2.2 Gesetzliche Betreuung	
	3.0 Arbeitgeber/in, Betrieb, Schule	
	4.0 Abstinenz-, Selbsthilfegruppe	
	5.0 Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	
	6.0 Niedrigschwellige Einrichtung (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork etc.)	
	7.0 Suchtberatungs- und/oder -behandlungsstelle, Fachambulanz	
	8.0 Institutsambulanz	
	9.0 Ambulantes betreutes Wohnen	
	10.0 Arbeits- und Beschäftigungsprojekt	
	11.0 Krankenhaus/Krankenhausabteilung	
	12.0 Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung	
	13.0 Stationäre Rehabilitationseinrichtung	
	14.0 Adaptionseinrichtung	
	15.0 Teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie (Tagesstätte etc.)	
	16.0 Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie	
	17.0 Pflegeheim	
	18.0 Sozialdienst JVA/Maßregelvollzug	
	19.0 Sozialpsychiatrischer Dienst	
	20.1 Schuldnerberatungsstellen	
	20.2 Verbraucherinsolvenzberatungsstellen	
	20.3 andere Beratungsdienste (z.B. Ehe-, Familien-, Erziehungsberatung, etc.)	
	21.0 Einrichtung der Jugendhilfe/Jugendamt	
	22.0 Soziale Verwaltung (Sozialamt, Wohnungsamt, Gesundheitsamt)	
	23.0 Arbeitsagentur, Job-Center, Arbeitsgemeinschaft (ARGE)	
	24.0 Straßenverkehrsbehörde/Führerscheinstelle	
	25.0 Justizbehörden/Bewährungshilfe	
	26.0 Kosten-, Leistungsträger	
	27.1 Spielbank	
	27.2 Spielhalle	
	27.3 Hotline	
	27.4 andere sonstige	

--	--	--

Nr.: Einrichtung

--	--	--

Nr.: Klient/in

Anamnesebogen

Seite **2**

2.1.3	Wie ist der Klient/die Klientin auf diese Einrichtung aufmerksam geworden? – nur für Selbstmelder/innen (s.o. 2.1.2.1.0)			
(Mehrfachnennungen sind möglich)			ja	nein
	1	über eine Information der Beratungsstelle selbst (Flyer, Infoblatt,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2	über Medien (Zeitung, Rundfunk,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3	aus dem Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	über Familienangehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	über Freunde, Bekannte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6	über einen Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7	über eine andere Beratungsstelle (Schuldnerberatung, Familienberatung,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8	über eine andere Quelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.1.4	Was hat den Klienten/die Klientin selbst veranlasst, den Kontakt zur Beratungsstelle herzustellen? – ab hier wieder für alle Klienten gleich			
(Mehrfachnennungen sind möglich)			ja	nein
	1	finanzielle Probleme (Schulden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2	Probleme in der Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3	Probleme im privaten Umfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	Probleme im Beruf/auf der Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	Probleme in Schule/in der Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6	Schwierigkeiten mit der Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7	sonstige Gründe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.1.5	Kosten- / Leistungsträger		ja	nein
2.1.5.1	pauschal / institutionell finanziert (z.B. ÖGD)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.5.2	Selbstzahler/in		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.5.3	Rentenversicherung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.5.4	Krankenversicherung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.5.5	Sozialhilfe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.5.6	Jugendhilfe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.5.7	Arbeitsagenturen, Jobcenter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.5.8	Pflegeversicherung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.5.9	Sonstiges		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.1.6	Auflagen durch Gerichtsbeschluss zur Abwendung freiheitseinschränkender Folgen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	keine gerichtlichen Auflagen		
	2	BtMG		
	3	Psych-KG / Landesunterbringungsgesetz <i>andere strafrechtliche Grundlagen</i>		
	4.1	Ableistung gemeinnütziger Stunden		
	4.2	andere		

--	--	--

Nr.: Einrichtung

--	--	--

Nr.: Klient/in

Anamnesebogen

Seite 3

2.1.7	Weitere Auflagen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, durch:			<input type="checkbox"/>
	1	Arbeitgeber/in	
	2	Rentenversicherung, Krankenversicherung	
	3	Arbeitsagentur, Job-Center, ARGE	
	4	Straßenverkehrsbehörde/Führerscheinstelle	
	5	Sonstige	

2.1.8	Vorgeschichte (Erläuterung siehe Manual)			Anzahl
2.1.8.1	Medizinische Notfallhilfe			
2.1.8.2	Substitutionsbehandlung (Mittelvergabe)	nein <input type="checkbox"/>	wenn ja:	
2.1.8.3	Psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution	nein <input type="checkbox"/>	wenn ja:	
2.1.8.4	Sonstige medizinische Maßnahmen			
2.1.8.5	Entzug/Entgiftung			
2.1.8.6.1	Schuldnerberatung			
2.1.8.6.2	Verbraucherinsolvenzberatung			
2.1.8.6.3	andere ambulante Beratungen			
2.1.8.7	Ambulante Behandlung (Rehabilitation)			
2.1.8.8	Teilstationäre Behandlung (Rehabilitation)			
2.1.8.9	Stationäre Behandlung (Rehabilitation)			
2.1.8.10	Kombinationstherapie (Rehabilitation)			
2.1.8.11	Adaptionsbehandlung			
2.1.8.12	Ambulante sozialtherapeutische Maßnahmen			
2.1.8.13	Teilstationäre sozialtherapeutische Maßnahmen			
2.1.8.14	Stationäre sozialtherapeutische Maßnahmen			
2.1.8.15	Psychiatrische Behandlung			
2.1.8.16	Psychotherapeutische Behandlung			
2.1.8.17	Regelmäßiger Besuch von Selbsthilfegruppe(n) - Angabe in Jahren			
2.1.8.18	Sonstige Maßnahmen			

2.2	Soziodemographische Angaben
------------	------------------------------------

2.2.1	Familienstand	<input type="checkbox"/>
	1	ledig
	2	verheiratet, zusammenlebend
	3	verheiratet, getrennt lebend
	4	geschieden
	5	verwitwet

--	--	--

Nr.: Einrichtung

--	--	--

Nr.: Klient/in

Anamnesebogen

Seite 4

2.2.2	Partnerbeziehung	<input type="checkbox"/>
	1	alleinstehend
	2	zeitweilige Beziehungen
	3	feste Beziehung
	4	sonstige

2.2.3	Lebenssituation	<i>ja</i>	<i>nein</i>
2.2.3.1	alleinlebend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wenn nicht alleinlebend, lebt zusammen mit		
2.2.3.2.1	Partner/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.3.2.2	Kind(ern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.3.2.3	Eltern(-teil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.3.2.4	sonstiger/n Bezugsperson/en	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.3.2.5	sonstiger/n Person/en	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2.4	Kinder	
2.2.4.1	Anzahl der eigenen Kinder unter 18 Jahren	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.4.2	Anzahl der Kinder im Haushalt unter 18 Jahren	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2.2.5	Staatsangehörigkeit / Migration	
2.2.5.1	aktuelle Staatsangehörigkeit des/der Klienten/in (<i>Internationaler Code–siehe Anhang</i>)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.5.2	Klient/in ist der deutschen Sprache mächtig	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
2.2.5.3	selbst migriert	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
2.2.5.4	als Kind von Migranten geboren	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

--	--	--

Nr.: Einrichtung

--	--	--

Nr.: Klient/in

Anamnesebogen

Seite 5

2.2.6	Höchster bisher erreichter allgemeinbildender Schulabschluss		<input type="checkbox"/>
	1	derzeit in Schulausbildung	
	2	ohne Schulabschluss abgegangen	
	3	Sonderschulabschluss	
	4	Hauptschul-/Volksschulabschluss	
	5	Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule	
	6	(Fach-)Hochschulreife/Abitur	
	7	anderer Schulabschluss	

2.2.7	Höchster Ausbildungsabschluss		<input type="checkbox"/>
	1	derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung	
	2	keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen	
	3	abgeschlossene Lehrausbildung	
	4	Meister/in /Techniker/in	
	5	Hochschulabschluss	
	6	anderer Berufsabschluss	

2.2.8	Wohnverhältnis		
2.2.8.1	überwiegend die letzten 6 Monate vor Betreuungsbeginn		<input type="checkbox"/>
2.2.8.2	am Tag vor Betreuungsbeginn		<input type="checkbox"/>
	1	Selbständiges Wohnen (eigene/gemietete Wohnung/Haus)	
	2	bei anderen Personen	
	3	ambulant betreutes Wohnen	
	4	(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung	
	5	Wohnheim/Übergangswohnheim	
	6	JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	
	7	Notunterkunft, Übernachtungsstelle	
	8	ohne Wohnung	
	9	sonstiges	

--	--	--

Nr.: Einrichtung

--	--	--

Nr.: Klient/in

Anamnesebogen

Seite 6

2.2.9		Erwerbssituation	
2.2.9.1	überwiegend die letzten 6 Monate vor Betreuungsbeginn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.9.2	am Tag vor Betreuungsbeginn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	Auszubildender	
	2	Arbeiter/in /Angestellte/r/ Beamte/r	
	3	Selbständige/r/ Freiberufler/in	
	4	sonstige Erwerbspersonen (z.B. Wehrdienst, Elternzeit, mithelfende Familienangehörige)	
	5	in beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	
	6	Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	
	7	Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	
	8	Schüler/in /Student/in	
	9	Hausfrau/Hausmann	
	10	Rentner/in /Pensionär/in	
	11	sonstige Nichterwerbspersonen (z.B. SGB XII)	

2.2.10		Lebensunterhalt	
		In der Woche vor Betreuungsbeginn	
		<i>ja</i>	<i>nein</i>
2.2.10.1	Lohn, Gehalt, Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.10.2	Ausbildungsbeihilfe, Unterhalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.10.3	Gelegenheitsjobs, unregelmäßige Einkünfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.10.4	Krankengeld, Übergangsgeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.10.5	Leistungen der Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.10.6	Rente, Pension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.10.7	Arbeitslosengeld I (SGB III 117)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.10.8	Arbeitslosengeld II (SGB II 19)/Sozialgeld (SGB II 28)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.10.9	Sozialhilfe (u.a. staatliche Leistungen, z.B. AsylbLG, Wohngeld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.10.10	Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.10.11	Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.10.12	sonstiges (z.B. Betteln)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.10.13	davon Hauptlebensunterhalt (aus 1-12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--

Nr.: Einrichtung

--	--	--

Nr.: Klient/in

Anamnesebogen

Seite **7**

2.3	Problembereiche (nur für Klienten/innen mit eigener Symptomatik)
------------	---

2.3.1	Problematische Schulden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	1 wenn ja, in Höhe von <input style="width: 150px;" type="text"/> Euro		
	davon Schulden aus Glücksspiel:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	2 wenn ja, in Höhe von: <input style="width: 150px;" type="text"/> Euro		

2.3.2	Konsum von psychotropen Substanzen
--------------	---

Konsumart für 2.3.2.1: 1 Injektion 2 Rauchen / Inhalieren / Schnüffeln 3 Essen/Trinken 4 Schnupfen/Sniefen 5 andere Arten	2.3.2.1 Überwiegende Konsumart in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn	2.3.2.2 Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn	2.3.2.3 ICD-10-Diagnose	2.3.2.4 Alter bei Störungsbeginn	2.3.2.5 Riskanter Konsum (nur wenn keine Diagnose + Konsumtage >0)
Substanz(gruppe)					
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F10.	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Opioide					
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F11.	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Methadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F11.	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Buprenorphin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F11.	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
andere opiathaltige Mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F11.	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F12.	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Sedativa/Hypnotika					
Barbiturate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F13.	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Benzodiazepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F13.	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
andere Sedativa/Hypnotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F13.	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Kokain					
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F14.	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Stimulantien					
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F15.	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
MDMA + verwandte Substanzen (Ecstasy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F15.	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
andere Stimulantien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F15.	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Halluzinogene					
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F16.	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
andere Halluzinogene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F16.	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Tabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F17.	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
flüchtige Lösungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F17.	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
andere psychotrope Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F17.	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

--	--	--

Nr.: Einrichtung

--	--	--

Nr.: Klient/in

Anamnesebogen

Seite 8

2.3.3	Polytoxikomanie (nur wenn keine ICD-10-Diagnose (in 2.3.2.3) gestellt wurde und zugleich Angaben zum Konsum (in 2.3.2.2) zu mindestens 3 Substanzen vorliegen)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
--------------	--	-----------------------------	-------------------------------

2.3.4 Missbrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen (F55)				
2.3.4.1	Substanz(gruppe)	2.3.4.2 Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn	2.3.4.3 ICD-10- Diagnose	2.3.4.4 Alter bei Störungsbeginn
2.3.4.1.1	Antidepressiva (F55.0)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3.4.1.2	Laxantien (F55.1)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3.4.1.3	Analgetika (F55.2)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2.3.5 Pathologisches Glücksspiel (F63.0)				
2.3.5.1	Spielformen	2.3.5.2 Anzahl der Spieltage in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn	2.3.5.3 ICD-10- Diagnose	2.3.5.4 Alter bei Störungsbeginn
2.3.5.1.1	Geldspielautomaten in Spielhallen etc.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3.5.1.2	Kleines Spiel der Spielbank	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3.5.1.3	Großes Spiel der Spielbank	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3.5.1.4	Wetten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<i>Andere</i>			
2.3.5.1.5.1	Lotto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3.5.1.5.2	Lotterien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3.5.1.5.3	Sportwetten (z.B. Toto, Oddset Pferd,...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3.5.1.5.4	Casino	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3.5.1.5.5	Internetcasino	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3.5.1.5.6	Internetkartenspiele	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3.5.1.5.7	illegales Glücksspiel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2.3.6 Essstörungen (F50)		
2.3.6.1	ICD-10-Diagnose	F50 <input type="checkbox"/>
2.3.6.2	Alter bei Störungsbeginn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

--	--	--

Nr.: Einrichtung

--	--	--

Nr.: Klient/in

Anamnesebogen

Seite 9

2.3.7	Hauptdiagnose aus 2.3.2, 2.3.4, 2.3.5 oder 2.3.6 (4-stelliger ICD-10-Code)	F <input type="text"/>
2.3.7.1	Alter beim Erstkonsum der Hauptdiagnosesubstanz (nur wenn Hauptdiagnose aus 2.3.2)	<input type="text"/>
2.3.7.2	Grund, warum keine Hauptdiagnose nach 2.3.7 gestellt wurde	<input type="text"/>
	1	Kein Diagnosekriterium nach ICD-10 erfüllt, aber riskanter Konsum
	2	Kein Diagnosekriterium nach ICD-10 erfüllt und auch kein riskanter Konsum
	3	Keine ausreichenden Informationen für Diagnosestellung nach ICD-10 vorhanden
	4	Keine ausreichende Qualifikation für Diagnosestellung nach ICD-10 vorhanden
	5	Andere Gründe

2.3.8	Weitere Diagnosen (mindestens 3-stellig)	
Psychiatrische Diagnosen (keine Diagnosen aus 2.3.2 bis 2.3.6)		
2.3.8.1	1. Psychiatrische ICD-10-Diagnose	F <input type="text"/>
2.3.8.2	2. Psychiatrische ICD-10-Diagnose	F <input type="text"/>
2.3.8.3	3. Psychiatrische ICD-10-Diagnose	F <input type="text"/>
2.3.8.4	4. Psychiatrische ICD-10-Diagnose	F <input type="text"/>
Neurologische Diagnosen		
2.3.8.5	1. Neurologische ICD-10-Diagnose	G <input type="text"/>
2.3.8.6	2. Neurologische ICD-10-Diagnose	G <input type="text"/>
2.3.8.7	3. Neurologische ICD-10-Diagnose	G <input type="text"/>
2.3.8.8	4. Neurologische ICD-10-Diagnose	G <input type="text"/>
Andere wichtige Diagnosen (keine Fxx.xx-Diagnosen und keine Gxx.xx-Diagnosen)		
2.3.8.9	1. Andere ICD-10-Diagnose	<input type="text"/>
2.3.8.10	2. Andere ICD-10-Diagnose	<input type="text"/>
2.3.8.11	3. Andere ICD-10-Diagnose	<input type="text"/>
2.3.8.12	4. Andere ICD-10-Diagnose	<input type="text"/>

2.3.9	HIV - Infektionsstatus	<input type="text"/>
	1	Getestet, negativ
	2	Getestet, positiv
	3	Status unbekannt

2.3.10	Hepatitis B - Infektionsstatus	<input type="text"/>
	1	Getestet, negativ
	2	Getestet, positiv
	3	Status unbekannt

--	--	--

Nr.: Einrichtung

--	--	--

Nr.: Klient/in

Anamnesebogen

Seite 10

2.3.11	Hepatitis C – Infektionsstatus		
	1	Getestet, negativ	
	2	Getestet, akut	
	3	Getestet, chronisch	
	4	Status unbekannt	

2.3.12	I.v.-Konsum		
	1	Nein, nie	
	2	Ja, aber nicht in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn	
	3	Ja, (auch) in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn	

2.4	Problembereich Glücksspiel		
------------	-----------------------------------	--	--

2.4.1	Wurde in den letzten 12 Monaten Glücksspiel betrieben?		
	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
	wenn ja, dann:		
	im Durchschnitt mindestens 1mal im Monat	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	im Durchschnitt mindestens 1mal in der Woche	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

2.4.2	Wie viel Zeit wird auf das Glücksspiel verwandt?	Anzahl	
	1	durchschnittliche Anzahl an Std. an einem typischen Spieltag	
	2	maximale Anzahl an Std. an einem Spieltag	
	3	durchschnittliche Spieltage in einem Monat	

2.4.3	höchster Tagesverlust: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Euro (im letzten Jahr)		
--------------	--	--	--

2.4.4	negative Folgen durch das Glücksspiel / Hauptproblem		
	1	keine negativen Folgen	
	2	Trennung von Ehepartner/in / Partner/in	
	3	Verlust von Freunden	
	4	sozialer Rückzug, Einsamkeit	
	5	Strafverfahren	
	6	Verlust der Arbeitsstelle	
	7	psychosomatische Beschwerden	
	8	Schuldgefühle, Depressionen	
	9	Suizidversuch/e	
	10	finanzielle Probleme, Schulden	
	11	sonstige Probleme	

--	--	--

Nr.: Einrichtung

--	--	--

Nr.: Klient/in

Anamnesebogen

Zusatzblatt A (vgl. Items 2.4.8.1 bis 2.4.8.15, KDS 3.0)

Seite 11

2.5	Glücksspielverhalten		
	Falls die Glücksspielform jemals im Leben praktiziert wurde, bitte für diese die Fragen 2.5.2 und 2.5.3 beantworten.		
	2.5.1 Glücksspielform	2.5.2 Anzahl der Spieltage in den letzten 30 Tagen	2.5.3 Alter bei erstem Spielen um Geld
	Terrestrisch		
2.5.1.1	Geldspielautomaten in Spielhallen	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.5.1.2	Geldspielautomaten in der Gastronomie	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.5.1.3	Kleines Spiel in der Spielbank	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.5.1.4	Großes Spiel in der Spielbank	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.5.1.5	Sportwetten	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.5.1.6	Pferdewetten	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.5.1.7	Lotterien	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.5.1.8	Andere	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	Online / über das Internet		
2.5.1.9	Automatenspiel (Geld-/Glücksspielautomaten)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.5.1.10	Casinospiele (großes Spiel in der Spielbank, mit Ausnahme von Poker)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.5.1.11	Poker	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.5.1.12	Sportwetten	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.5.1.13	Pferdewetten	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.5.1.14	Lotterien	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.5.1.15	Andere	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!