

--	--	--

Nr.: Einrichtung

--	--	--

Nr.: Klient/in

Katamnese

Seite **1**

Datum, ____ . ____ . ____

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

5.1.1	Überwiegende Partnersituation in den letzten 12 Monaten		<input type="checkbox"/>
	1	alleinstehend	
	2	zeitweilige Beziehungen	
	3	feste Beziehung	
	4	sonstiges	

5.1.2	Überwiegende Wohnsituation in den letzten 12 Monaten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	selbständiges Wohnen (eigene/gemietete Wohnung/Haus)		
	2	bei anderen Personen		
	3	ambulant betreutes Wohnen		
	4	Fachklinik, stationäre Reha-Einrichtung		
	5	Wohnheim, Übergangwohnheim, Pflegeheim		
	6	JVA		
	7	Notunterkunft, Übernachtungsstelle		
	8	ohne Wohnung		
	9	sonstiges		

5.1.3	Überwiegende Erwerbssituation in den letzten 12 Monaten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	Auszubildende/r		
	2	Arbeiter/in, Angestellter/in, Beamter/in		
	3	Selbständiger, Freiberufler		
	4	sonstige Erwerbsperson (Z.B. Wehrdienst, in Elternzeit)		
	5	in beruflicher Rehabilitation		
	6	arbeitslos mit Bezug von ALG I		
	7	arbeitslos mit Bezug von ALG II		
	8	Schüler/in, Studentin		
	9	Hausfrau/Hausmann		
	10	Rentner/in		
	11	sonstige Nichterwerbsperson		

--	--	--

Nr.: Einrichtung

--	--	--

Nr.: Klient/in

Katamnese

5.2	In Einrichtungen erhaltene Hilfen im Zusammenhang mit der Suchterkrankung in den letzten 12 Monaten	ja	nein
5.2.1	Selbsthilfe(gruppe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2.2	niedrigschwellige Einrichtungen (z.B. Notschlafstelle, Konsumräume, Streetwork, Essensausgabe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2.3	ambulante Einrichtungen (z.B. Psychosoziale Beratungs-/Behandlungsstelle, Institutsambulanz, ambulant betreutes Wohnen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2.3.1	Schuldnerberatungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2.3.2	Verbraucherinsolvenzberatungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2.4	Arbeits- und Beschäftigungsprojekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2.5	ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2.6	Krankenhaus (z.B. Allgemeinkrankenhaus, Maßregelvollzug oder Psychiatrisches Krankenhaus oder psychiatrische Abteilung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2.7	stationäre Rehabilitationseinrichtung/Fachklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2.8	Adaptionseinrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2.9	Heim/Übergangseinrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2.10	Strafvollzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2.11	sonstige Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.3	Teilnahme an Maßnahmen im Zusammenhang mit der Suchterkrankung in den letzten 12 Monaten	ja	nein
5.3.1	Medizinische Notfallhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3.2	Substitutionsbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3.3	sonstige medizinische Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3.4	Entzug/Entgiftung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3.5.1	Schuldnerberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3.5.2	Verbraucherinsolvenzberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3.5.3	Suchtberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3.5.4	andere Ambulante Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3.6	ambulante Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3.7	stationäre Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3.8	Adaptionsbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3.9	sozialtherapeutische Maßnahmen (z. B. Eingliederungshilfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3.10	psychiatrische Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3.11	psychotherapeutische Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3.12	ambulantes betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3.13	sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--

Nr.: Einrichtung

--	--	--

Nr.: Klient/in

Katamnese

5.4		Suchtmittelkonsum					
		Welche der folgenden Suchtmittel haben Sie in den letzten 12 Monaten konsumiert? <i>Bitte machen Sie unbedingt in jeder Zeile ein Kreuz!</i>					
		kein Konsum	aber nicht in den letzten 30 Tagen	Konsum hat stattgefunden			
				(auch) in den letzten 30 Tagen und zwar an			
				1 Tag	2 – 7 Tagen	8 – 25 Tagen	(fast) täglich
5.4.1	Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4.2	Tabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4.3	Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4.4	Methadon/Buprenorphin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4.5	andere Opiate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4.6	Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4.7	Barbiturate/Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4.8	Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4.9	Kokain/Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4.10	Aufputschmittel (Amphetamine und andere Stimulantien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4.11	Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4.12	Halluzinogene (z.B. LSD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4.13	Flüchtige Lösungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4.14	andere Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.5	Name der anderen Substanz	
------------	---------------------------	--

5.6	Intravenöser Substanzkonsum in den letzten 12 Monaten	<input type="checkbox"/>
	1 nein	
	2 ja, aber nicht in den letzten 30 Tagen	
	3 ja, (auch) in den letzten 30 Tagen	

--	--	--

Nr.: Einrichtung

--	--	--

Nr.: Klient/in

Katamnese

5.7	Haben sich bei Ihnen in den folgenden Lebensbereichen während der letzten 12 Monate Veränderungen ergeben? <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.</i> <i>Falls Sie keine eigenen Kinder haben bzw. keine Straftaten oder sonstige Delikte bestehen, geben Sie bitte „trifft nicht zu“ an</i>							
Lebensbereich	viel besser	besser	etwas besser	gleich geblieben	etwas schlechter	schlechter	viel schlechter	trifft nicht zu
1 Partnerbeziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 Eltern, Geschwister, Verwandte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 eigene Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Bekannte, Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6 Arbeitssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7 körperliche Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8 seelischer Zustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9 finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Straftaten, Delikte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Suchtmittelgebrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Alltagsbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

--	--	--

Nr.: Einrichtung

--	--	--

Nr.: Klient/in

Katamnese

5.8		Nachfolgend finden Sie verschiedene Lebensbereiche aufgeführt. Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie heute mit diesen Bereichen sind. <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.</i> <i>Falls Sie keine eigenen Kinder haben bzw. keine Straftaten oder sonstige Delikte bestehen, geben Sie bitte „trifft nicht zu“ an</i>					
Lebensbereich	sehr zufrieden	zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden	Trifft nicht zu
1 Partnerbeziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 Eltern, Geschwister, Verwandte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 eigene Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Bekannte, Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6 Arbeitssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7 körperliche Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8 seelischer Zustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9 finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11 Straftaten, Delikte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Suchtmittelgebrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13 Alltagsbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5.9	Waren Sie während der letzten 12 Monate glücksspielabstinent?
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	wenn <i>nein</i> :
	Wie hoch war Ihr Spielkonsum in den letzten 12 Monaten durchschnittlich? <input type="checkbox"/>
	<i>Bitte wählen Sie nur eine Möglichkeit</i>
1	enorm gebessert (d.h. ich spiele fast gar nicht mehr)
2	etwas gebessert (d.h. mein Konsum hat sich etwas reduziert)
3	unverändert
4	etwas verschlechtert (d.h. mein Konsum hat sich leicht erhöht)
5	enorm verschlechtert (d.h. mein Konsum ist rapide gestiegen)

--	--	--

Nr.: Einrichtung

--	--	--

Nr.: Klient/in

Katamnese

5.10	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 Anzahl an Spieltagen in einem Monat	

5.11	Maßnahmen und Interventionen, die Ihnen am ehesten während der Betreuung geholfen haben				
5.11.1	Art der Betreuung	<u>intern</u>		<u>extern</u>	
		ja	nein	ja	nein
5.11.1.1	medizinische Notfallhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.11.1.2	Substitutionsbehandlung (Mittelvergabe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.11.1.3	psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.11.1.4	sonstige medizinische Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.11.1.5	Entzug/Entgiftung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Ambulante Beratung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.11.1.6.1	ambulante Suchtberatungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.11.1.6.2	Schuldnerberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.11.1.6.3	Verbraucherinsolvenzberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.11.1.6.4	andere Beratungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.11.1.7	ambulante Behandlung (Rehabilitation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.11.1.8	teilstationäre Behandlung (Rehabilitation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.11.1.9	stationäre Behandlung (Rehabilitation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.11.1.10	Kombinationstherapie (Rehabilitation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.11.1.11	Adaptionsbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.11.1.12	ambulante sozialtherapeutische Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.11.1.13	teilstationäre sozialtherapeutische Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.11.1.14	stationäre sozialtherapeutische Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.11.1.15	psychiatrische Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.11.1.16	psychotherapeutische Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.11.1.17	sonstige Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!