

A	B	C	D	E	F	G	H	I/J	K	L	M	N	O	P/Q	R	S	Sch	T	U	V	W	X/Y	Z
---	---	---	---	---	---	---	---	-----	---	---	---	---	---	-----	---	---	-----	---	---	---	---	-----	---

Stammdaten (Pflichtangaben: EBIS-Code, Geschlecht, Geburtsdatum oder Alter, 1. Staatsangehörigkeit, Betreuungsbeginn)			
EBIS-Code (10+2 Stellen):	_____	__	Zuständ. Mitarbeiter/in:
Geburtsdatum:			Geschlecht: <input type="checkbox"/> M=Männlich <input type="checkbox"/> W=Weiblich <input type="checkbox"/> U=ohne Angabe
Geburtsort:			Alter: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre (Falls Geburtsdatum unbekannt)
1. Staatsangehörigkeit:			2. Staatsangehörigkeit:
Betreuungsbeginn:			Betreuungsende:

Weitere optionale Informationen – nur für den internen Gebrauch der Einrichtung

Klient/in: Name und Adresse

Name		Vorname	
Geburtsname		Geburtsort	
Straße / Hausnummer		Stadtteil / Bezirk	
PLZ		Telefon 1	
Wohnort		Telefon 2	
Email		Telefax	

Bezugsperson - z.B. Angehörige/r: Adresse **Name**

Straße / Hausnummer		Stadtteil / Bezirk	
PLZ		Telefon 1	
Wohnort		Telefon 2	
Email		Telefax	

Kontaktperson - z.B. (Haus)arzt/ärztin: Adresse **Name**

Straße / Hausnummer		Stadtteil / Bezirk	
PLZ		Telefon 1	
Wohnort		Telefon 2	
Email		Telefax	

Sonstige Klienteninformationen

Rentenversicherungsträger		Krankenkasse	
RV-Nummer		KV-Nummer	
Letzter Arbeitgeber		KV-Status	
Zuständige Arbeitsagentur		Stammnummer	
Zuständiges Sozialamt		MSNR / BKZ	

Einrichtungsspezifische Zusatzfragen zu den Stammdaten

Z1 (Numerisch)		Z2 (Datum)		Z3 (Logisch)	Falsch (F) <input type="checkbox"/>	Wahr (T) <input type="checkbox"/>
-----------------------	--	-------------------	--	---------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Basisdaten (auch für Einmalkontakte anzugeben)

Betreuungsgrund

- 1 Eigene Problematik 2 Problematik von Person(en) im sozialen Umfeld

Wenn eigene Problematik, welche Bereiche sind betroffen

Suchtmittel/Substanzkonsum/Suchtverhalten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Finanzielle Situation	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Körperliche/s Gesundheit/Befinden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wohnsituation	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Psychische Gesundheit/Seelischer Zustand	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Rechtliche Situation	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Familiäre Situation (Partner/Eltern/Kinder)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Fahreignung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Weiteres soziales Umfeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sexuelle Gewalterfahrungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Schul-/Ausbildungs-/Arbeits-/Beschäftigungssituation	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Andere Gewalterfahrungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Freizeit(bereich)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Gewaltausübung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Alltagsstrukturierung/Tagesstruktur	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

Wenn Person im sozialen Umfeld, Person kommt als ...

1 Partner(in) 2 Kind(er) 3 Geschwister 4 Eltern(teil) 5 Andere

Problem/e aus Sicht dieser Person

Konsum von Alkohol	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Konsum von Tabak	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Konsum von Opioiden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Konsum von flüchtigen Lösungsmitteln	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Konsum von Cannabinoiden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Konsum von sonstigen Substanzen / multipler Substanzkonsum	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Konsum von Hypnotika/Sedativa	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Glücksspielen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Konsum von Kokain	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Mediennutzung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Konsum von Amphetaminen/Stimulanzien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Essverhalten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Konsum von Halluzinogenen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Sonstiges	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Art der Kontaktaufnahme (beim Erstkontakt) (optional)

1 face to face 2 per Telefon 3 per Brief / Fax 4 per E-mail / SMS 5 per Online-Chat

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

Im Jahr des Betreuungs-/Behandlungsbeginns bereits in einer Suchthilfeeinrichtung vorstellig geworden nein ja

Jemals zuvor suchtbezogene Hilfe beansprucht nein ja

Wenn ja, Anzahl der zu Beginn dieser Betreuung/Behandlung abgeschlossenen Maßnahmen

PF – Prävention und Frühintervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suchtbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akutbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENT - Entgiftung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASA – Ambulante somatische Akutbehandlung inkl. Frühintervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QET - Qualifizierter Entzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APB – Ambul. psychotherapeutische Akutbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MED - Medikamentöse Rückfallprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AKH - Stationäre somatische Akutbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUB - Ambulante Opiatsubstitution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PIA - Ambulante psychiatrische Akutbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>ARS</u> - Ambulante medizinische Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PKH - Stationäre psychiatrische Akutbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>TAR</u> - Ganztägig ambulante Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSA - Stationäre psychotherapeutische/-somatische Akutbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>STR</u> - Stationäre medizinische Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung und Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>ADA</u> - Adaption	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NIH – Niederschwellige Hilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>KOM</u> – Kombibehandlung (abgeschlossen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SBS – Sucht- und Drogenberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NAS - (Reha-)Nachsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSB – Psychosoziale Begleitung Substituierter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AEF - Ambulante Entlassform	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SPB – Sozialpsychiatrische Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GEF - Ganztägig ambulante Entlassform	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JH – Kinder- und Jugendhilfe (SGBVIII)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	WAB - Wechsel in ambulante Behandlungsform	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BS – Suchtberatung im Betrieb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eingliederungshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ABW - Ambulant betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AOB – Arbeitsmarktorientierte Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOZ - Stationär. sozialtherapeutisches Wohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ABP – Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ÜEW - Übergangswohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QUA – Qualifizierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TSM - Tagesstrukturierende Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AFD – Arbeitsförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Justiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BRH – Berufliche Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MVJ - Medizinische Versorgung im Vollzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BBM – Beschäftigung für behinderte Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SBJ - Suchtberatung im Justizvollzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altenhilfe und Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SBM - Suchtbehandlung im Maßregelvollzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALT - Ambulante und stationäre Altenhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENH - Eingliederung nach Haft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HPF - Hilfen für Pflegebedürftige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SH - Selbsthilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wiederaufnahme in dieser Einrichtung nein ja

Vermittelnde Instanz			
1	Keine / Selbstmelder	13	Andere Beratungsdienste
2	Soziales Umfeld	14	Schuldnerberatung
3	Selbsthilfe	15	Einrichtung der Jugendhilfe
4	Arbeitgeber / Betrieb / Schule	16	Jugendamt
5	Ärztliche Praxis	17	Einrichtung der Altenhilfe
6	Psychotherapeutische Praxis	18	Wohnungslosenhilfe
7	Allgemeines Krankenhaus	19	Agentur für Arbeit / Jobcenter
8	Einrichtung der Akutbehandlung	20	Polizei / Justiz / Bewährungshilfe
9	Psychiatrisches Krankenhaus	21	Einrichtung im Präventionssektor
10	Ambulante Suchthilfeeinrichtung	22	Kosten- / Leistungsträger
11	Stationäre Suchthilfeeinrichtung (Reha, Adaption)	23	Sonstige Einrichtung / Institution
12	Soziotherapeutische Einrichtung		

Kosten-/ Leistungsträger					
Pauschale/institutionelle Finanzierung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Jugendhilfe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Selbstzahler	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Arbeitsagentur / Jobcenter	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Sonstiger	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			

Auflagen					
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
Wenn ja, welche Auflagen					
Auflagen nach § 35 BtMG	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	durch Arbeitsagentur/Jobcenter	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
andere strafrechtliche Grundlage	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	durch Straßenverkehrsbehörde / Führerscheinstelle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
nach Psych-KG/Landesunterbringungsgesetz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	durch Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
durch Renten-/Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	durch sonstige Institution(en)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Gesetzliche Betreuung	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Soziodemographische Angaben

Lebenssituation					
Partnerschaft					
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
Alleinlebend					
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
Wenn nicht allein lebend, lebt zusammen mit					
• Partner(in)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	• Sonstiger/n Bezugsperson/en	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
• Kind(ern)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	• Sonstiger/n Person/en	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
• Eltern(-teil)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			

Kinder					
Schwangerschaft in der aktuellen Betreuung/Behandlung					
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
Anzahl der eigenen Kinder insgesamt					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Anzahl der eigenen minderjährigen Kinder insgesamt					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Anzahl der minderjährigen Kinder im Haushalt des Klienten/der Klientin insgesamt					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Anzahl der minderjährigen eigenen Kinder im Haushalt des Klienten/der Klientin insgesamt					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Anzahl der nicht im Haushalt des Klienten/der Klientin lebenden minderjährigen eigenen Kinder					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
• davon beim anderen Elternteil lebend	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		• davon in öffentlicher Erziehungseinrichtung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
• davon bei den Großeltern lebend	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		• davon im eigenen Haushalt (des Kindes)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
• davon in einer Pflegefamilie lebend	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		• davon an sonstigen Aufenthaltsorten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Staatsangehörigkeit (-> siehe Stammdaten)	
---	--

Migrationshintergrund <input type="checkbox"/>				
1	Kein Migrationshintergrund	3	Als Kind von Migranten in Deutschland geboren	
2	Klient/in ist selbst migriert	4	Migration liegt ausschließlich in dritter Generation vor	
Wenn Migrationshintergrund ...				
1. Herkunftsland (3-stelliger Code)		ggf. 2. Herkunftsland (3-stelliger Code)		
Beratung in deutscher Sprache möglich				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Migrationsstatus (nur für das Land Berlin) <input type="checkbox"/>				
1	Asylsuchender/Flüchtling	2	Aussiedler	3 Eingebürgerte
		4	Nichteingebürgerter Migrant	5 Sonstiges
Aufenthaltsstatus (nur für das Land Berlin) <input type="checkbox"/>				
1	Gültige Aufenthaltsgenehmigung	2	Duldung	3 Keine Duldung/Aufenthaltsgenehmigung
			4	Trifft nicht zu
Höchster bisher erreichter allgemein bildender Schulabschluss <input type="checkbox"/>				
1	Derzeit in Schulausbildung	4	Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule	
2	Ohne Schulabschluss abgegangen	5	(Fach-) Hochschulreife/Abitur	
3	Hauptschul-/Volksschulabschluss	6	Anderer Schulabschluss	
Höchster Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/>				
1	keine berufliche oder akademische Ausbildung begonnen	5	Abschluss als Meister(in) / Techniker(in) bzw. Abschluss an einer Berufs- oder Fachakademie	
2	derzeit in beruflicher oder akademischer Ausbildung	6	akademischer Abschluss	
3	keine berufliche oder akademische Ausbildung abgeschlossen	7	anderer Ausbildungsabschluss	
4	betriebliche Berufsausbildung			
Wohnverhältnis				
a) Am Tag vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn				a) <input type="checkbox"/>
b) Am Tag nach Betreuungs-/Behandlungsende				b) <input type="checkbox"/>
1	Selbständiges Wohnen (eigene(s) / gemietete(s) Zimmer / Wohnung / Haus)	5	Wohnheim / Übergangswohnheim	
2	Bei anderen Personen	6	JVA / Maßregelvollzug / Sicherheitsverwahrung	
3	Ambulant Betreutes Wohnen	7	Notunterkunft / Übernachtungsstelle	
4	(Fach-)Klinik / stationäre Rehabilitationseinrichtung	8	Ohne Wohnung	
		9	Sonstiges	
(Überwiegende) Erwerbssituation				
a) Am Tag vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn				a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) Am Tag nach Betreuungs-/Behandlungsende				b) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1	Auszubildende(r)	7	Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	
2	Arbeiter(in) / Angestellte(r) / Beamte(r)(in)	8	Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	
3	Selbständige(r) / Freiberufler(in)	9	Schüler(in) / Studierende(r)	
4	Sonstige Erwerbstätige (z.B. mithelfende Familienangehörige, Personen in besonderen Dienstverhältnissen)	10	Haus(frau)(mann)	
5	in beruflicher Rehabilitation (mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	11	Rentner(in) / Pensionär(in)	
6	in Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	12	Sonstige Nichterwerbsperson (mit SGB-XII-Leistung)	
		13	Sonstige Nichterwerbsperson (ohne SGB-XII-Leistung)	
Problematische Schulden				
a) Am Tag vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn				a) <input type="checkbox"/>
b) Am Tag nach Betreuungs-/Behandlungsende (optional)				b) <input type="checkbox"/>
1	Keine	2	bis 10.000 Euro	3 bis 25.000 Euro
		4	bis 50.000 Euro	5 Mehr

Konsummuster und suchtbezogene Problembereiche (nur für Klienten mit eigener Symptomatik)

Konsum von psychotropen Substanzen

Veränderung der Dosis/Menge am Betreuungsende gegenüber dem Betreuungs-/Behandlungsbeginn (Spalte 4)

		1 deutlich verringert		2 leicht verringert		3 gleich geblieben		4 leicht gesteigert		5 stark gesteigert	
Substanzen		Jemals im Leben konsumiert	Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen jeweils am Beginn Ende		Veränderung der Dosis/Menge am Betreuungsende gegenüber dem Betreuungsbeginn		Konsum/Dosis ausschließlich im Rahmen ärztlicher Verordnung		Alter bei Erstkonsum		
01	Alkohol	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
02	Heroin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
03	Methadon	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
04	Buprenorphin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
05	Fentanyl	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
06	Andere opiathaltige Mittel/Opioide	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
07	Cannabis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
08	Andere/synthetische Cannabinoide	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
09	Barbiturate	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
10	Benzodiazepine	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
11	GHB/GBL	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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	Andere Sedativa/Hypnotika	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
13	Kokain	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
14	Crack	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
15	Amphetamine	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
16	Methamphetamine (Crystal)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
17	MDMA und andere verwandte Substanzen (Ecstasy)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
18	Synthetische Cathinone	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
19	Andere Stimulanzien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
20	LSD	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
21	Mescaline	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
22	Ketamin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
23	Andere Halluzinogene	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
24	Tabak	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
25	Flüchtige Lösungsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
26	NPS (andere als oben angeführt)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
27	Andere psychotrope Substanzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

I.V.-Konsum (mindestens) einer der oben genannten 27 Substanzen

- | | |
|--|---|
| 1 Nein, niemals | 3 Ja, in den letzten 12 Monaten, aber nicht in den letzten 30 Tagen |
| 2 Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten | 4 Ja, (auch) in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn |

Wenn jemals I.V.-Konsum, Alter beim ersten I.V.-Konsum

Wenn jemals I.V.-Konsum, Gemeinsame Spritzenbenutzung

- | | |
|--|---|
| 1 Nein, niemals | 3 Ja, in den letzten 12 Monaten, aber nicht in den letzten 30 Tagen |
| 2 Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten | 4 Ja, (auch) in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn |

Hauptsubstanz (Nummer 01 bis 27 aus obiger Liste, falls keine Hauptsubstanz identifiziert werden kann bzw. ein polyvalentes Konsummuster vorliegt, bitte 99 kodieren)

Überwiegende Konsumart der Hauptsubstanz in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn

- | | | | | |
|-------------|---------------------------------|-----------------|-----------------------|----------------|
| 1 Injektion | 2 Rauchen/Inhalieren/Schnüffeln | 3 Essen/Trinken | 4 Schnupfen/Schniefen | 5 Andere Arten |
|-------------|---------------------------------|-----------------|-----------------------|----------------|

Konsum von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen (falls jemals im Leben konsumiert)										
Veränderung der Dosis/Menge am Betreuungsende gegenüber dem Betreuungs-/Behandlungsbeginn (Spalte 3)										
1	deutlich verringert	2	leicht verringert	3	gleich geblieben	4	leicht gesteigert	5	stark gesteigert	
Substanzen		Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen jeweils am Beginn		Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen jeweils am Ende		Veränderung der Dosis/Menge am Betreuungsende gegenüber dem Betreuungsbeginn		Konsum/Dosis ausschließlich im Rahmen ärztlicher Verordnung		
1	Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
2	Laxantien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
3	Analgetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
4	Andere Substanzen und Stoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

Vorliegende ICD-10-Diagnose/n zu Psychotropen Substanzen (Substanzklassen F10–F19, Stelle 4+5)							
10	Schädlicher Gebrauch						
20	Abhängigkeit: gegenwärtig abstinent						
21	Abhängigkeit: gegenwärtig abstinent in schützender Umgebung						
22	Abhängigkeit: gegenwärtige Teilnahme an einem ärztlich überwachtem Ersatzdrogenprogramm						
23	Abhängigkeit: gegenwärtig abstinent, aber in Behandlung mit aversiven/hemmenden Mitteln						
24	Abhängigkeit: gegenwärtiger Substanzgebrauch						
25	Abhängigkeit: ständiger Substanzgebrauch						
26	Abhängigkeit: episodischer Substanzgebrauch						
Substanz(klasse) (ICD-10-Stelle 1+2+3)		Aktuelle Diagnose (Stelle 4+5)		Frühere Diagnose (wenn keine aktuelle) (Stelle 4+5)		Alter bei Störungsbeginn	
F10	Störungen durch Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F11	Störungen durch Opioide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F12	Störungen durch Cannabinoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F13	Störungen durch Sedativa oder Hypnotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F14	Störungen durch Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F15	Störungen durch andere Stimulanzien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F16	Störungen durch Halluzinogene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F17	Störungen durch Tabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F18	Störungen durch flüchtige Lösungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F19	Störungen durch multiplen Substanzgebrauch oder Konsum anderer psychotroper Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vorliegende ICD-10-Diagnose/n zu nicht abhängigkeitserzeugenden Substanzen (F55)									
Substanzklasse (ICD-10-Stelle 1+2+3+4)		Aktuelle Diagnose		Frühere Diagnose (wenn keine aktuelle)		Alter bei Störungsbeginn			
F55.0	Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F55.1	Laxantien	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F55.2	Analgetika	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F55.3 – F55.9	Andere Substanzen und Stoffe	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Glücksspielverhalten (falls jemals im Leben gespielt)				
Veränderung der Spieldauer am Betreuungsende gegenüber dem Betreuungs-/Behandlungsbeginn (Spalte 3)				
1	deutlich verringert	2	leicht verringert	3 gleich geblieben
4	leicht gesteigert	5	stark gesteigert	
Spielform	Anzahl der Spieltage in den letzten 30 Tagen jeweils am		Veränderung der Spieldauer am Betreuungsende gegenüber dem Betreuungsbeginn	Alter beim erstem Spielen um Geld
	Beginn	Ende		
Für alle Spielformen in der Software die Spieltage auf 0 setzen		<input type="checkbox"/>		
Terrestrisch				
01	Geldspielautomaten in Spielhallen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Geldspielautomaten in der Gastronomie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Kleines Spiel in der Spielbank	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Großes Spiel in der Spielbank	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Sportwetten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Pferdewetten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Lotterien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Andere	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Online / Internet				
09	Automatenspiel (Geld-/Glücksspielautomaten)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Casinospiele (großes Spiel in der Spielbank, ohne Poker)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Poker	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Sportwetten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Pferdewetten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Lotterien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Andere	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauptspielform (Nummer 01 bis 15 aus obiger Liste, falls keine Hauptspielform identifiziert werden kann bzw. ein polyvalentes Spielmuster vorliegt, bitte 99 kodieren)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vorliegende ICD-10-Diagnose für Pathologisches Glücksspielen (F63.0)				
Aktuelle ICD-10-Diagnose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Frühere Diagnose (wenn keine aktuelle Diagnose)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Alter bei Störungsbeginn				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Exzessive Mediennutzung (falls jemals im Leben exzessiv genutzt)				
Veränderung der Nutzungsdauer am Betreuungsende gegenüber dem Betreuungs-/Behandlungsbeginn (Spalte 3)				
1	deutlich verringert	2	leicht verringert	3 gleich geblieben
4	leicht gesteigert	5	stark gesteigert	
Tätigkeit/Nutzungsform	Anzahl der Nutzungstage in den letzten 30 Tagen jeweils am		Veränderung der Nutzungsdauer am Betreuungsende gegenüber dem Betreuungsbeginn	Alter bei erster Nutzung
	Beginn	Ende		
Für alle Tätigkeiten in der Software die Nutzungstage auf 0 setzen		<input type="checkbox"/>		
1	Gamen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Chatten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Surfen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Sonstiges	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haupttätigkeit (Nummer 1 bis 4 aus obiger Liste, falls keine Haupttätigkeit identifiziert werden kann bzw. ein polyvalentes Nutzungsmuster vorliegt, bitte 99 kodieren)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vorliegende Diagnose in Bezug auf exzessive Mediennutzung (F63.8 oder F68.8)				
Aktuelle ICD-10-Diagnose	F6 <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	Frühere Diagnose (wenn keine aktuelle Diagnose)	F6 <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	
Alter bei Störungsbeginn				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Essstörungen (F50)				
0 Anorexia nervosa		4 Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen		
1 Atypische Anorexia nervosa		5 Erbrechen bei sonstigen psychischen Störungen		
2 Bulimia nervosa		8 sonstige / nicht näher bezeichnete Essstörung		
3 atypische Bulimia nervosa				
Aktuelle ICD-10-Diagnose	F50.□	Frühere Diagnose (wenn keine aktuelle Diagnose)	F50.□	
Alter bei Störungsbeginn			□□	
Hauptdiagnose (4-stelliger ICD-10-Code)			F □□.□□	
Wenn keine Hauptdiagnose vorliegt, Grund, warum aktuell keine Hauptdiagnose gestellt wurde			□	
1 Weder aktuell noch früher die Kriterien für eine ICD-10-Diagnose erfüllt				
2 Aktuell nicht die Kriterien für eine ICD-10 Diagnose erfüllt, aber frühere Diagnose				
3 Der aktuelle Betreuungsanlass liegt unterhalb der Diagnoseschwelle und es liegt eine suchtbezogene Zusatzdiagnose vor				
4 Keine ausreichenden Informationen für eine Diagnosestellung nach ICD-10 vorhanden				
5 Keine ausreichende Qualifikation für eine Diagnosestellung nach ICD-10 vorhanden				
6 Andere Gründe				
Weitere Diagnosen (mindestens 3-stellig)				
Psychische Diagnosen (nur Fxx.xx-Diagnosen)				
1. Psychische ICD-10-Diagnose	F □□.□□□	4. Psychische ICD-10-Diagnose	F □□.□□□	
2. Psychische ICD-10-Diagnose	F □□.□□□	5. Psychische ICD-10-Diagnose	F □□.□□□	
3. Psychische ICD-10-Diagnose	F □□.□□□	6. Psychische ICD-10-Diagnose	F □□.□□□	
Andere Diagnosen (keine Fxx.xx-Diagnosen)				
1. Andere ICD-10-Diagnose	□□□.□□□	4. Andere ICD-10-Diagnose	□□□.□□□	
2. Andere ICD-10-Diagnose	□□□.□□□	5. Andere ICD-10-Diagnose	□□□.□□□	
3. Andere ICD-10-Diagnose	□□□.□□□	6. Andere ICD-10-Diagnose	□□□.□□□	
HIV-Status (im EBIS-Programm auf dem Registerblatt „Zugangsdaten II“)				
Test-Status	1 noch nie getestet		□	
	2 Getestet vor mehr als 12 Monaten vor Betreuungsbeginn			
	3 Getestet in den letzten 12 Monaten vor Betreuungsbeginn			
Wenn getestet, Testergebnis	1 negativ	2 positiv	3 unbekannt	□
Hepatitis-B-Status (im EBIS-Programm auf dem Registerblatt „Zugangsdaten II“)				
Test-Status	1 noch nie getestet		□	
	2 getestet vor mehr als 12 Monaten vor Betreuungsbeginn			
	3 getestet in den letzten 12 Monaten vor Betreuungsbeginn			
Wenn getestet, Testergebnis	1 nicht aktiv, Antikörper negativ		□	
	2 nicht aktiv, Antikörper positiv, Virusnachweis negativ			
	3 aktiv, Virusnachweis positiv			
	4 unbekannt			
Hepatitis-C-Status (im EBIS-Programm auf dem Registerblatt „Zugangsdaten II“)				
Test-Status	1 noch nie getestet		□	
	2 getestet vor mehr als 12 Monaten vor Betreuungsbeginn			
	3 getestet in den letzten 12 Monaten vor Betreuungsbeginn			
Wenn getestet, Testergebnis	1 nicht aktiv, Antikörper negativ		□	
	2 Nicht aktiv, Antikörper positiv, Virusnachweis negativ			
	3 Aktiv, Virusnachweis positiv			
	4 Unbekannt			

Maßnahmen und Interventionen

Art der Betreuung in eigener Einrichtung (KDS) / extern (EBIS) - Hauptmaßnahme/n		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	intern	extern	intern	extern	
01 PF – Prävention und Frühintervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suchtbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akutbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20 ENT - Entgiftung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 ASA - Ambulante somatische Akutbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21 QET - Qualifizierter Entzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 APB - Ambul. psychotherapeut. Akutbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22 MED - Medikamentöse Rückfallprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 AKH - Stationäre somatische Akutbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23 SUB - Ambulante Opiatsubstitution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 PIA - Ambulante psychiatrische Akutbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24 <u>ARS</u> - Ambulante medizinische Reha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 PKH - Stationäre psychiatrische Akutbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25 <u>TAR</u> - Ganztägig ambulante Reha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 PSA - Stat. psychotherap./-somat. Akutbehandl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26 <u>STR</u> - Stationäre medizinische Reha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung und Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27 <u>ADA</u> - Adaption	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 NIH – Niederschwellige Hilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28 <u>KOM</u> - Kombibehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 SBS – Sucht- und Drogenberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29 NAS - (Reha-)Nachsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 PSB – Psychosoziale Begleitung Substituierter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30 AEF - Ambulante Entlassform	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 SPB – Sozialpsychiatrische Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31 GEF - Ganztägig ambulante Entlassform	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 JH – Kinder- und Jugendhilfe (SGBVIII)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32 WAB - Wechsel in ambul. Behandl.form	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 BS – Suchtberatung im Betrieb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eingliederungshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschäftig., Qualifizierung, Arbeitsförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33 ABW - Ambulant betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 AOB – Arbeitsmarktorientierte Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34 SOZ - Station. sozialtherapeut. Wohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 ABP – Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35 ÜEW - Übergangswohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 QUA – Qualifizierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36 TSM - Tagesstrukturierende Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 AFD – Arbeitsförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Justiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 BRH – Berufliche Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37 MVJ - Medizinische Versorgung im Vollzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 BBM – Beschäftigung für behinderte Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38 SBJ - Suchtberatung im Justizvollzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altenhilfe und Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39 SBM – Suchtbehandl. im Maßregelvollzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 ALT - Ambulante und stationäre Altenhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40 ENH - Eingliederung nach Haft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 HPF - Hilfen für Pflegebedürftige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43 SH - Selbsthilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei internen Maßnahmen im Bereich Suchtbehandlung:		Falls <u>ARS</u> , unter Substitution	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Falls <u>ARS</u> , als Teil einer Kombibehandlung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Falls <u>TAR</u> , unter Substitution	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Falls <u>TAR</u> , als Teil einer Kombibehandlung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Falls <u>STR</u> , unter Substitution	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Falls <u>STR</u> , als Teil einer Kombibehandlung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Falls <u>ADA</u> , unter Substitution	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Falls <u>ADA</u> , als Teil einer Kombibehandlung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Falls <u>KOM</u> , unter Substitution	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Wenn Opiatsubstitution, welches Mittel (Wirkstoff) ?			<input type="checkbox"/>
1 Methadon z.B. Eptadone®, Methaddict®	3 Buprenorphin (z.B. Subutex®, Suboxone®)	5 Morphin (Substitol®)	
2 Levomethadonhydrochlorid (z.B. L-Polamidon®)	4 Diamorphin (Diaphin®)	6 Anderes	
Alter bei erster Opiatsubstitution			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Kooperation während der Betreuung mit ...			
Sozialem Umfeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Andere Beratungsdienste *	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Selbsthilfe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Schuldnerberatung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Arbeitgeber, Betrieb, Schule	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Einrichtung der Jugendhilfe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ärztliche Praxis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Jugendamt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Psychotherapeutische Praxis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Einrichtung der Altenhilfe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Allgemeines Krankenhaus	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wohnungslosenhilfe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Einrichtung der Akutbehandlung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Agentur für Arbeit / Jobcenter	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Psychiatrisches Krankenhaus	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Polizei / Justiz / Bewährungshilfe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ambulante Suchthilfeeinrichtung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Einrichtung im Präventionssektor	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Stationäre Suchthilfeeinrichtung (Reha, Adaption)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Kosten-/Leistungsträger	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Soziotherapeutische Einrichtung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sonstige Einrichtung / Institution	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

* (z.B. Ehe-, Familien-, Erziehungsberatung, Sozialpsychiatrischer Dienst)

Abschlussdaten

Datum des Betreuungsendes (-> siehe Stammdaten)
Dauer der Betreuung (-> wird automatisch von der Software berechnet)

Kontaktzahl (nur ambulanter Bereich, ausgenommen tagesstrukturierende Angebote)

Kontakt mit Selbsthilfegruppe

Im Laufe der Betreuung wurde ein verbindlicher Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe hergestellt nein ja
 Im Laufe der Betreuung hat der/die Klient/in, Patient/in (min. 1 x) eine Selbsthilfegruppe besucht nein ja

Art der Beendigung

- 1 Regulär nach Betreuungs-/Behandlungsplan
- 2 Vorzeitig auf ärztliche bzw. therapeutische Veranlassung
- 3 Vorzeitig mit ärztlichem bzw. therapeutischem Einverständnis
- 4 Vorzeitig ohne ärztliches bzw. therapeutisches Einverständnis / Abbruch durch Klienten
- 5 Disziplinarisch
- 6 Außerplanmäßige Verlegung / außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung
- 7 Planmäßiger Wechsel in andere Betreuungs-/Behandlungsform
- 8 Verstorben

Weitervermittlung

Beendigung der Betreuung mit einer Weitervermittlung nein ja

✓ **Wenn eine Weitervermittlung stattfindet, wohin**

	nein	ja		nein	ja
PF – Prävention und Frühintervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suchtbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akutbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENT - Entgiftung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASA - Ambulante somatische Akutbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QET - Qualifizierter Entzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APB - Ambul. psychotherapeutische Akutbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MED - Medikamentöse Rückfallprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AKH - Stationäre somatische Akutbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUB - Ambulante Opiatsubstitution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PIA - Ambulante psychiatrische Akutbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ARS - Ambulante medizinische Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PKH - Stationäre psychiatrische Akutbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TAR - Ganztägig ambulante Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSA - Stat. psychotherap./-somat. Akutbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	STR - Stationäre medizinische Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung und Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADA - Adaption	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NIH – Niederschwellige Hilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KOM - Kombibehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SBS – Sucht- und Drogenberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NAS - (Reha-)Nachsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSB – Psychosoziale Begleitung Substituierter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AEF - Ambulante Entlassform	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SPB – Sozialpsychiatrische Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GEF - Ganztägig ambulante Entlassform	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JH – Kinder- und Jugendhilfe (SGBVIII)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	WAB - Wechsel in ambulante Behandl.form	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BS – Suchtberatung im Betrieb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eingliederungshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ABW - Ambulant betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AOB – Arbeitsmarktorientierte Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOZ - Stationäres sozialtherapeut. Wohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ABP – Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ÜEW - Übergangswohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QUA – Qualifizierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TSM - Tagesstrukturierende Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AFD – Arbeitsförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Justiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BRH – Berufliche Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MVJ - Medizinische Versorgung im Vollzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BBM – Beschäftigung für behinderte Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SBJ - Suchtberatung im Justizvollzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altenhilfe und Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SBM - Suchtbehandlung im Maßregelvollzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALT - Ambulante und stationäre Altenhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENH - Eingliederung nach Haft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HPF - Hilfen für Pflegebedürftige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Bei Vermittlung im Rahmen einer Suchtbehandlung:

Falls <u>ARS</u> , als Teil einer Kombibehandlung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Falls <u>STR</u> , als Teil einer Kombibehandlung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Falls <u>TAR</u> , als Teil einer Kombibehandlung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Falls <u>ADA</u> , als Teil einer Kombibehandlung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Problematik am Tag des Betreuungsendes							
1	ge bessert	2	gleich geblieben	3	verschlechtert	4	neu aufgetreten
Suchtmittel / Substanzkonsum / Suchtverhalten		<input type="checkbox"/>		Finanzielle Situation		<input type="checkbox"/>	
Körperliche/s Gesundheit / Befinden		<input type="checkbox"/>		Wohnsituation		<input type="checkbox"/>	
Psychische Gesundheit / Seelischer Zustand		<input type="checkbox"/>		Rechtliche Situation		<input type="checkbox"/>	
Familiäre Situation (Partner / Eltern / Kinder)		<input type="checkbox"/>		Fahreignung		<input type="checkbox"/>	
Weiteres soziales Umfeld		<input type="checkbox"/>		Sexuelle Gewalterfahrungen		<input type="checkbox"/>	
Schul- / Ausbildungs- / Arbeits- / Beschäftigungssituation		<input type="checkbox"/>		Andere Gewalterfahrungen		<input type="checkbox"/>	
Freizeit(bereich)		<input type="checkbox"/>		Gewaltausübung		<input type="checkbox"/>	
Alltagsstrukturierung / Tagesstruktur		<input type="checkbox"/>					

Kontakte im Kalenderjahr 20 __ (optional)								
Zahl der Kontakte		in eigener Einrichtung	in anderen Institutionen	in der JVA	Hausbesuch	in der Öffentlichkeit	Gesamt	Davon ARS
Mit Klient/in allein	Einzel	(01)	(02)	(03)	(04)	(05)		
	Gruppe	(06)	(07)	(08)				
Mit Klient/in + Angehörigen	Einzel	(09)	(10)	(11)	(12)	(13)		
	Gruppe	(14)	(15)	(16)				
Mit Angehörigen allein	Einzel	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)		
	Gruppe	(22)	(23)	(24)				
Mit sonstiger/n Person/en allein	Einzel	(25)	(26)	(27)	(28)	(29)		
	Gruppe	(30)	(31)	(32)				
Mit Klient/in + sonstiger/n Person/en	Einzel	(33)	(34)	(35)	(36)	(37)		
	Gruppe	(38)	(39)	(40)				
Gesamt	Einzel							
	Gruppe							
Davon ARS	Einzel							

* Syntax für Kontaktcodes siehe obige Tabelle (jeweils in der rechten oberen Zellenecke in Klammern)

Nr.	Datum	Code*	Aktivitäten, Bemerkungen
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			

Nr.	Datum	Code	Aktivitäten, Bemerkungen
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Memo (Allgemeine Bemerkungen)