



Formular

## Bericht Therapiestelle

---

Name/Vorname .....

Geburtsdatum .....

### 1. Formelles Behandlungssetting

Behandlungszeitraum .....

### 2. Suchtanamnese bis und mit aktueller Situation

Konsumierte Substanzen	
Konsumverlauf mit Zeit- und Mengenangaben (Erstkonsum, Konsumentwicklung)	
Zeitpunkt seit bestehender Abstinenz	
Laborbefunde	

### 3. Behandlungsverlauf

Zuverlässigkeit in der Behandlungsteilnahme	
Motivation	
Problembewusstsein (Konsumproblematik, Trennen von Konsum und Fahren)	
Risikobearbeitung	

Erarbeitete Strategien zur Rückfallprophylaxe	
Abstinenzsicherung	

**4. Weitere bekannte psychische oder somatische Erkrankungen, verordnete Medikamente**

Bekanntes aufführen, evtl. Verweis an zuständige Fachperson (z. B. Hausarzt, Psychiater)	
--	--

**5. Psychosoziale Lebensumstände**

Soziales Umfeld	
Berufliche und finanzielle Situation	
Wohnsituation	
Freizeit	

**6. Abschliessende Bemerkung (z. B. Indikation der Fortsetzung der Behandlung, Prognose, Empfehlung)**

--

Datum

Stempel/Unterschrift