

NAME DES KLINIKERS

KLINIK

PATIENTEN-ID ODER
NAME

DATUM

--	--	--	--	--	--

EINLEITUNG (Bitte dem Patienten vorlesen. Kann örtlichen Umständen angepasst werden)*

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrung mit dem Gebrauch von Alkohol, Tabakprodukten und anderen Drogen während Ihrer Lebenszeit und in den letzten drei Monaten. Diese Substanzen können geraucht, geschluckt, geschnupft, inhaliert oder gespritzt werden (Antwortkarte zeigen).

Manche der aufgeführten Substanzen könnten von einem Arzt verschrieben worden sein (wie z.B. Amphetamine, Beruhigungsmittel, Schmerzmittel). Für diese Befragung erfassen wir **keine** Medikamente, die Sie **auf Verordnung** Ihres Arztes nehmen. Falls Sie jedoch solche Medikament aus **anderen** Gründen als verschrieben oder sie häufiger oder in höheren Dosen als verschrieben oder auf eine Weise eingenommen haben, die nicht beabsichtigt war, lassen Sie mich dies bitte wissen.

Wir sind zwar auch daran interessiert, etwas über Ihren Gebrauch illegaler Drogen zu erfahren, aber bitte seien Sie versichert, dass Informationen über so einen Gebrauch streng vertraulich behandelt werden.

HINWEIS: VOR BEGINN DER BEFRAGUNG, DEM PATIENTEN DIE ASSIST-ANTWORTKARTE GEBEN

Frage 1 (bitte Antwort für jede Substanzkategorie ankreuzen)

Welche der folgenden Substanzen haben Sie in Ihrem Leben <u>jemals konsumiert</u>? (NUR ZUR NICHTMEDIZINISCHEN VERWENDUNG)	Nein	Ja
a. Tabakprodukte (Zigaretten, Kautabak, Zigarren usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Alkoholische Getränke (Bier, Wein, Spirituosen usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Cannabis (Marihuana, Pot, Gras, Hasch usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Kokain (Koks, Coke, Schnee usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Amphetaminartige Stimulanzien (Speed, Meth, Ecstasy usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Inhalationsmittel (Klebstoffe, Benzin, Farbverdünner usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Beruhigungsmittel oder Schlaftabletten (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Halluzinogene (LSD, Acid, Magic Mushrooms, Trips, Ketamin usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Opiode (Heroin, Morphin, Methadon, Buprenorphin, Codein usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Sonstige - bitte angeben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Weiter nachfragen, falls alle Fragen negativ beantwortet wurden:
„Nicht einmal, als Sie zur Schule gingen?“**

**Falls „Nein“ zu allen Punkten, Interview beenden.
Falls „Ja“ zu irgendeinem dieser Punkte, Frage 2 zu allen jemals konsumierten Substanzen stellen.**

*ASSIST V3.1 ist für Screening im klinischen Rahmen zu verwenden. Für Forschungszwecke benutzen Sie bitte die vorherige Version ASSIST v 3.0 © World Health Organization 2010.

Frage 2

Wie oft haben Sie die von Ihnen erwähnten Substanzen (<i>ERSTE DROGE, ZWEITE DROGE USW.</i>) in den <u>letzten drei Monaten</u> konsumiert?	Nie	Ein- bis zweimal	Monatlich	Wöchentlich	Täglich oder fast täglich
a. Tabakprodukte (Zigaretten, Kautabak, Zigarren usw.)	0	2	3	4	6
b. Alkoholische Getränke (Bier, Wein, Spirituosen usw.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (Marihuana, Pot, Gras, Hasch usw.)	0	2	3	4	6
d. Kokain (Koks, Coke, Schnee usw.)	0	2	3	4	6
e. Amphetaminartige Stimulanzien (Speed, Meth, Ecstasy usw.)	0	2	3	4	6
f. Inhalationsmittel (Klebstoffe, Benzin, Farbverdünner usw.)	0	2	3	4	6
g. Beruhigungsmittel oder Schlaftabletten (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam usw.)	0	2	3	4	6
h. Halluzinogene (LSD, Acid, Magic Mushrooms, Trips, Ketamin usw.)	0	2	3	4	6
i. Opiode (Heroin, Morphin, Methadon, Buprenorphin, Codein usw.)	0	2	3	4	6
j. Sonstige - bitte angeben:	0	2	3	4	6

Falls „Nie“ zu allen Punkten in Frage 2, direkt zu Frage 6 gehen.

Falls irgendwelche Substanzen aus Frage 2 in den letzten drei Monaten genommen wurden, für jede genommene Substanz mit Fragen 3, 4 & 5 weitermachen.

Frage 3

Wie oft haben Sie in den <u>letzten drei Monaten</u> ein starkes Verlangen oder Begehren verspürt, (<i>ERSTE DROGE, ZWEITE DROGE USW.</i>) zu konsumieren?	Nie	Ein- bis zweimal	Monatlich	Wöchentlich	Täglich oder fast täglich
a. Tabakprodukte (Zigaretten, Kautabak, Zigarren usw.)	0	3	4	5	6
b. Alkoholische Getränke (Bier, Wein, Spirituosen usw.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (Marihuana, Pot, Gras, Hasch usw.)	0	3	4	5	6
d. Kokain (Koks, Coke, Schnee usw.)	0	3	4	5	6
e. Amphetaminartige Stimulanzien (Speed, Meth, Ecstasy usw.)	0	3	4	5	6
f. Inhalationsmittel (Klebstoffe, Benzin, Farbverdünner usw.)	0	3	4	5	6
g. Beruhigungsmittel oder Schlaftabletten (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam usw.)	0	3	4	5	6
h. Halluzinogene (LSD, Acid, Magic Mushrooms, Trips, Ketamin usw.)	0	3	4	5	6
i. Opiode (Heroin, Morphin, Methadon, Buprenorphin, Codein usw.)	0	3	4	5	6
j. Sonstige - bitte angeben:	0	3	4	5	6

Frage 4

Wie oft hat Ihr Konsum von (<i>ERSTE DROGE, ZWEITE DROGE USW.</i>) in den <u>letzten drei Monaten</u> zu gesundheitlichen, sozialen, rechtlichen oder finanziellen Problemen geführt?	Nie	Ein- bis zweimal	Monatlich	Wöchentlich	Täglich oder fast täglich
a. Tabakprodukte (Zigaretten, Kautabak, Zigarren usw.)	0	4	5	6	7
b. Alkoholische Getränke (Bier, Wein, Spirituosen usw.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (Marihuana, Pot, Gras, Hasch usw.)	0	4	5	6	7
d. Kokain (Koks, Coke, Schnee usw.)	0	4	5	6	7
e. Amphetaminartige Stimulanzien (Speed, Meth, Ecstasy usw.)	0	4	5	6	7
f. Inhalationsmittel (Klebstoffe, Benzin, Farbverdünner usw.)	0	4	5	6	7
g. Beruhigungsmittel oder Schlaftabletten (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam usw.)	0	4	5	6	7
h. Halluzinogene (LSD, Acid, Magic Mushrooms, Trips, Ketamin usw.)	0	4	5	6	7
i. Opiode (Heroin, Morphin, Methadon, Buprenorphin, Codein usw.)	0	4	5	6	7
j. Sonstige - bitte angeben:	0	4	5	6	7

Frage 5

Wie oft waren Sie in den <u>letzten drei Monaten</u> aufgrund des Konsums von (<i>ERSTE DROGE, ZWEITE DROGE USW.</i>) nicht in der Lage, etwas zu tun, das man normalerweise von Ihnen erwarten würde?	Nie	Ein- bis zweimal	Monatlich	Wöchentlich	Täglich oder fast täglich
a. Tabakprodukte (Zigaretten, Kautabak, Zigarren usw.)	/ / / / /				
b. Alkoholische Getränke (Bier, Wein, Spirituosen usw.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (Marihuana, Pot, Gras, Hasch usw.)	0	5	6	7	8
d. Kokain (Koks, Coke, Schnee usw.)	0	5	6	7	8
e. Amphetaminartige Stimulanzien (Speed, Meth, Ecstasy usw.)	0	5	6	7	8
f. Inhalationsmittel (Klebstoffe, Benzin, Farbverdünner usw.)	0	5	6	7	8
g. Beruhigungsmittel oder Schlaftabletten (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam usw.)	0	5	6	7	8
h. Halluzinogene (LSD, Acid, Magic Mushrooms, Trips, Ketamin usw.)	0	5	6	7	8
i. Opiode (Heroin, Morphin, Methadon, Buprenorphin, Codein usw.)	0	5	6	7	8
j. Sonstige - bitte angeben:	0	5	6	7	8

Fragen 6 & 7 zu allen jemals konsumierten Substanzen (d.h. zu den in Frage 1 bejahten) stellen.

Frage 6

Haben Freunde oder Verwandte oder irgendjemand sonst <u>jemals</u> Besorgnis ausgedrückt wegen ihres Konsums von (<i>ERSTE DROGE, ZWEITE DROGE USW.</i>)?	Nein, nie	Ja, in den letzten 3 Monaten	Ja, aber nicht in den letzten 3 Monaten
a. Tabakprodukte (Zigaretten, Kautabak, Zigarren usw.)	0	6	3
b. Alkoholische Getränke (Bier, Wein, Spirituosen usw.)	0	6	3
c. Cannabis (Marihuana, Pot, Gras, Hasch usw.)	0	6	3
d. Kokain (Koks, Coke, Schnee usw.)	0	6	3
e. Amphetaminartige Stimulanzien (Speed, Meth, Ecstasy usw.)	0	6	3
f. Inhalationsmittel (Klebstoffe, Benzin, Farbverdünner usw.)	0	6	3
g. Beruhigungsmittel oder Schlaftabletten (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam usw.)	0	6	3
h. Halluzinogene (LSD, Acid, Magic Mushrooms, Trips, Ketamin usw.)	0	6	3
i. Opiode (Heroin, Morphin, Methadon, Buprenorphin, Codein usw.)	0	6	3
j. Sonstige - bitte angeben:	0	6	3

Frage 7

Haben Sie <u>jemals</u> versucht, Ihren Konsum von (<i>ERSTE DROGE, ZWEITE DROGE USW.</i>) einzuschränken, aber es nicht geschafft?	Nein, nie	Ja, in den letzten 3 Monaten	Ja, aber nicht in den letzten 3 Monaten
a. Tabakprodukte (Zigaretten, Kautabak, Zigarren usw.)	0	6	3
b. Alkoholische Getränke (Bier, Wein, Spirituosen usw.)	0	6	3
c. Cannabis (Marihuana, Pot, Gras, Hasch usw.)	0	6	3
d. Kokain (Koks, Coke, Schnee usw.)	0	6	3
e. Amphetaminartige Stimulanzien (Speed, Meth, Ecstasy usw.)	0	6	3
f. Inhalationsmittel (Klebstoffe, Benzin, Farbverdünner usw.)	0	6	3
g. Beruhigungsmittel oder Schlaftabletten (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam usw.)	0	6	3
h. Halluzinogene (LSD, Acid, Magic Mushrooms, Trips, Ketamin usw.)	0	6	3
i. Opiode (Heroin, Morphin, Methadon, Buprenorphin, Codein usw.)	0	6	3
j. Sonstige - bitte angeben:	0	6	3

Frage 8 (Bitte Antwort ankreuzen)

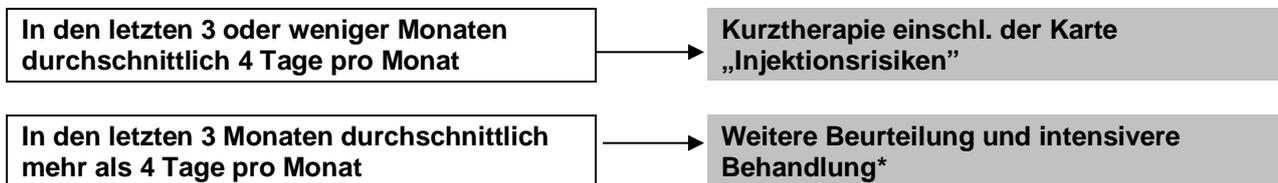
	Nein, nie Ja, in den letzten 3 Monaten Ja, aber nicht in den letzten 3 Monaten
Haben Sie sich <u>jemals</u> irgendwelche Drogen gespritzt? (NUR ZUR NICHTMEDIZINISCHEN VERWENDUNG)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

WICHTIGER HINWEIS:

Patienten, die in den letzten 3 Monaten Drogen gespritzt haben, sollten zu ihrer Injektionsfrequenz in dieser Zeit befragt werden, um damit ihr Risikoniveau und das beste Interventionsvorgehen zu bestimmen.

INJEKTIONSFREQUENZ

INTERVENTIONSRICHTLINIEN



BERECHNUNG DES SUBSTANZSPEZIFISCHEN GESAMTSKORES.

Für jede (der mit a. bis j. bezeichneten) Substanzen addieren Sie bitte die in den Fragen 2 bis 7 erhaltenen Punkte. Die Ergebnisse von F1 bzw. F8 werden bei dieser Summe nicht dazugezählt. So wird z.B. der Gesamtwert für Cannabis wie folgt berechnet: **F2c + F3c + F4c + F5c + F6c + F7c**

Achtung: F5 ist nicht für Tabak kodiert und wird wie folgt berechnet: **F2a + F3a + F4a + F6a + F7a**

DIE ART DER INTERVENTION RICHTET SICH NACH DEM SUBSTANZSPEZIFISCHEN GESAMTSKORE DES PATIENTEN.

	Substanzspezifischen Score hier eintragen	Keine Intervention	Kurztherapie	Intensivere Behandlung *
a. Tabak		0 - 3	4 - 26	27+
b. Alkohol		0 - 10	11 - 26	27+
c. Cannabis		0 - 3	4 - 26	27+
d. Kokain		0 - 3	4 - 26	27+
e. Amphetamine		0 - 3	4 - 26	27+
f. Inhalationsmittel		0 - 3	4 - 26	27+
g. Beruhigungsmittel		0 - 3	4 - 26	27+
h. Halluzinogene		0 - 3	4 - 26	27+
i. Opioide		0 - 3	4 - 26	27+
j. Sonstige Drogen		0 - 3	4 - 26	27+

Jetzt ASSIST-FEEDBACKKARTE zur Kurztherapie des Patienten benutzen.