



Walliser Liga gegen die Suchtgefahren	Seite 1/24
Integrales Eintrittsformular	Version 2.2
	2.6.1-Di01-Fo01

Integrales Eintrittsformular

Das integrale Eintrittsformular beinhaltet Informationen zur nationalen Statistik act-info und zur IGT-Evaluation

Dieses Formular gilt für Aufnahmen von Erwachsenen (über 18 Jahre) mit welchen die allgemeine statistische Datenerhebung und die IGT-Bewertung erfolgt.

Datum des Fragebogen : ___ __/___ __/___ __ __ __

Klienten Nr (oder Lotus) : _____

AHV/IV Nr : _____ . _____ . _____ . _____
(nur für die Institution)

Die Angaben stammen vorwiegend vom

Klienten

Suchtberater

INFORMATIONEN ÜBER DIE INSTITUTION

- Institution :**
- LVT-Beratungsstelle Unterwallis
 - LVT-Beratungsstelle Mittelwallis
 - LVT-Beratungsstelle Oberwallis
 - Rives du Rhône
 - Villa Flora
 - Via Gampel

Suchtberatercode :

KLIENT

1. Eintrittsdatum :

Beratungsstelle = Datum der ersten Beratung (Erstgespräch)
Stationäre Institution = Datum des 1. Behandlungstages

Tag Monat Jahr

2. Geburtsdatum :

Tag Monat Jahr

3. Geschlecht : Männlich Weiblich

4. Wohnort : **Postleitzahl :** _____ **Ort :** _____

5. Kanton des Wohnorts : _____

6. Bürgerort : Wallis Schweiz Andere : _____

7. Doppelte oder 3-fache Nationalität : nein ja, bitte angeben : _____

VERMITTLUNG / ZUWEISUNG DURCH (mehrere Angaben möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Eigeninitiative | <input type="checkbox"/> 7b. Psychiatrisches Spital : _____ |
| <input type="checkbox"/> 2. PartnerIn | <input type="checkbox"/> 8. Sozialdienste (SMRZ, Emera, IV) |
| <input type="checkbox"/> 2b. Familie : _____ | <input type="checkbox"/> 9. administrative, gerichtliche Instanzen |
| <input type="checkbox"/> 3. FreundInnen, KollegInnen, Bekannte | <input type="checkbox"/> 10. ArbeitgeberIn |
| <input type="checkbox"/> 4. LVT-ambulant | <input type="checkbox"/> 11. LehrerIn, Schule |
| <input type="checkbox"/> 5. Stationäre Suchtinstitution | <input type="checkbox"/> 12. RAV |
| <input type="checkbox"/> 6. Arzt | <input type="checkbox"/> 13. Anderes : _____ |
| <input type="checkbox"/> 6b. Psychiater | <input type="checkbox"/> 14. nicht bekannt |
| <input type="checkbox"/> 7. Spital : _____ | |

Wenn mehrere Angaben die Hauptnummer notieren

PROBLEME (Substanz und/oder Verhalten) DES KLIENTEN BEIM EINTRITT (mehrere Antworten möglich)

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Alkohol | <input type="checkbox"/> 6. Methadon | <input type="checkbox"/> 11. Cannabis | <input type="checkbox"/> 15. pathologisches Spiel |
| <input type="checkbox"/> 2. Heroin | <input type="checkbox"/> 7. Barbiturate | <input type="checkbox"/> 12. LSD | <input type="checkbox"/> 16. Essstörungen |
| <input type="checkbox"/> 3. Kokain | <input type="checkbox"/> 8. Benzodiazepin | <input type="checkbox"/> 13. Andere Halluzinogene | <input type="checkbox"/> 17. Tabak |
| <input type="checkbox"/> 4. Cocktail (Heroin und Kokain) | <input type="checkbox"/> 9. Amphetamin | <input type="checkbox"/> 14. Flüchtige Stoffe | <input type="checkbox"/> 18. Andere : _____ |
| <input type="checkbox"/> 5. Crack | <input type="checkbox"/> 10. Synthetische Substanzen, MDMA | | |

Aus KLIENTENSICHT, welche Substanz oder welches suchtmännliche Verhalten stellt das HAUPTPROBLEM dar ?

Kode des Problems angeben 99=n.b. oder verweigert 00=kein Problem

ART VON BERATUNG

FÜR DIE

BERATUNGSSTELLE :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Ohne Vertrag / niedrigschwellig | <input type="radio"/> Persönliche Entscheidung | <input type="radio"/> IV Massnahme |
| <input type="radio"/> Methadon | <input type="radio"/> Schutzaufsicht | <input type="radio"/> Gericht |
| <input type="radio"/> Vormundschaftliche Massnahmen | <input type="radio"/> RAV | <input type="radio"/> Dienststelle für Strassenverkehr |
| <input type="radio"/> ArbeitgeberIn | | |

In Bezug auf welche Probleme erwartet der Klient Hilfe ? (mehrere Antworten möglich)

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine Hilfe | <input type="checkbox"/> psychische Probleme | <input type="checkbox"/> finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Gewaltprobleme |
| <input type="checkbox"/> Substanzprobleme | <input type="checkbox"/> Beziehungsprobleme | <input type="checkbox"/> berufliche Probleme | <input type="checkbox"/> rechtliche Probleme |
| <input type="checkbox"/> somatische Probleme | <input type="checkbox"/> Familienprobleme | <input type="checkbox"/> Wohnprobleme | <input type="checkbox"/> anderes |

FÜR FAR/FXB :

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Schwelle I | <input type="radio"/> Schwelle I+II | <input type="radio"/> Schwelle I+II+III |
| <input type="radio"/> Noch unbestimmt | <input type="radio"/> Anderes | |

FÜR VILLA FLORA :

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Behandlung 5 bis 8 Wochen | <input type="radio"/> Behandlung 8 Wochen bis 9 Monate |
| <input type="radio"/> Noch unbestimmt | |

FÜR VIA GAMPEL :

- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Via 1 | <input type="radio"/> Via 2 | <input type="radio"/> Via T | <input type="radio"/> Anderes |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

EVALUATION IGT und ACT-INFO STATISTIK

Datum der Besprechung :

Beginn der Besprechung :

Ende der Besprechung :

Tag

Monat

Jahr

Stunde

Minute

Stunde

Minute

1. Haben Sie sich im Laufe des letzten Monats (30 Tage) in einer Institution aufgehalten ?

- Ja Nein n.b. oder verweigert

Wenn ja, in welcher Institution ?

- Gefängnis Spital Andere : _____
- Behandlung von Alkohol- oder Drogensucht (z.B. Via Gampel, Rehabilitationszentrum) Nur für Entzug n.b. oder verweigert
- Psychiatrische Behandlung (z.B. Psychiatriezentrum) Institutionen wie z.B. Verein, Unterschlupf, Wohngruppen Emera, Kinderdorf Leuk, Altersheim

Und wie lange während des letzten Monats (30 Tage) ?

N/A wenn nein bei Frage 1

A. ALKOHOL UND DROGEN

Wenn nicht ausgefüllt 00 oder N/A bedeutet, bitte diese Feld ankreuzen

Substanzen / Probleme	Die letzten 30 Tage	Erster Konsum im Alter von	Regelmässiger Konsum seit (Alter)	Jahre des regelmässigen Konsums	Art und Weise des Konsums
1. Alkohol (jede Art von Gebrauch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Alkohol (übermässiger Konsum; 5 oder mehr Gläser auf einmal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Methadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Andere Opiate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7a. Andere Beruhigungsmittel / Hypnotika / Tranquillizer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7b. Antipsychotika / Antidepressivum / Lithium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kokain/Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Halluzinogene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Synthetische Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Lösungsmittel / Flüchtige Stoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Nikotin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Essstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Kode der Konsumsart 1-oraler Konsum 2-sniffen 3-rauchen 4-injiziert (nicht iv) 5-injiziert iv 6-anders

➡ 13. Mehr als eine Substanz pro Tag

die letzten
30 Tage

Tage

seit immer
(in Jahren)

Jahre

14. Welche Substanz(en) verursacht/verursachen das Hauptproblem ?

Kode der Substanz angeben oder 00=kein Problem 17-Alkohol und Drogen 18-Polytoxicomanie (verschiedene Drogen)

➡ 15. Wie lange dauerte Ihre letzte, freiwillige Abstinenz von dieser (diesen) Substanz(en) ?

00 = nie abstinent gewesen 98 = 98 Monate und mehr 99 = n.b. oder verweigert

Monate

➡ 16. Seit wann sind Sie nicht mehr abstinent ?

00 = noch abstinent 01 = seit wenigstens 1 Monat 98 = 98 Monate und mehr 99 = n.b. oder verweigert
N/A war nie abstinent oder wenn 00 auf Frage 15 oder 00 auf Frage 14

Monate

16b. Wie häufig konsumierten Sie die Hauptproblemsubstanz in den letzten 6 Monaten ?

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> nicht bekannt | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> 1 Tag pro Woche oder weniger |
| | <input type="radio"/> 2-3 Tage pro Woche | <input type="radio"/> 4-6 Tage pro Woche |
| | <input type="radio"/> einmal täglich | <input type="radio"/> mehrmals täglich |

16c. Konsumierten Sie die Hauptproblemsubstanz während der letzten 6 Monate eher allein oder mit anderen Personen ?

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="radio"/> nicht bekannt | <input type="radio"/> Meistens mit anderen | <input type="radio"/> Meistens alleine |
| | <input type="radio"/> Alleine und mit anderen | |

16d. Welches Konsumziel streben Sie hinsichtlich der Hauptproblemsubstanz an ?

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="radio"/> nicht bekannt | <input type="radio"/> definitive Abstinenz | <input type="radio"/> kontrollierter Konsum |
| | <input type="radio"/> zeitlich begrenzte Abstinenz | <input type="radio"/> keine Beschränkung beabsichtigt |
| | <input type="radio"/> bis jetzt nicht festgelegt | <input type="radio"/> Anderes |

KONSUM WÄHREND DEN LETZTEN 6 MONATEN (Substanzen, Menge, Häufigkeit,...)

BEMERKUNGEN

A1. Wie oft nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich ?

- Nie 1-mal pro Monat oder weniger 2- bis 4-mal pro Monat
 2- bis 3-mal pro Woche 4-mal oder mehr pro Woche

A2. Wie viele Standarddrinks trinken Sie an einem Tag, an welchem Sie alkoholische Getränke konsumieren ?

- 1 oder 2 3 oder 4 5 oder 6 7 bis 9 10 oder mehr

A3. Wie häufig trinken Sie 6 oder mehr Standarddrinks an einem einzigen Anlass ?

- Nie weniger als 1-mal pro Monat 1-mal pro Monat
 1-mal pro Woche fast jeden Tag

A4. Wie oft stellten Sie im Verlauf der letzten 12 Monate fest, dass Sie mit dem Trinken nicht mehr aufhören konnten, wenn Sie einmal angefangen hatten ?

- Nie weniger als 1-mal pro Monat 1-mal pro Monat
 1-mal pro Woche fast jeden Tag

A5. Wie oft hinderte Sie im Verlauf der letzten 12 Monate Ihr Alkoholkonsum, das zu tun, was von Ihnen normalerweise erwartet wurde ?

- Nie weniger als 1-mal pro Monat 1-mal pro Monat
 1-mal pro Woche fast jeden Tag

A6. Wie häufig haben Sie im Verlauf der letzten 12 Monate am Morgen ein erstes Glas Alkohol getrunken, um in Gang zu kommen, nachdem Sie am Vortag viel getrunken hatten ?

- Nie weniger als 1-mal pro Monat 1-mal pro Monat
 1-mal pro Woche fast jeden Tag

A7. Wie oft empfanden Sie im Verlauf der letzten 12 Monate Schuld- oder Reuegefühle, nachdem Sie getrunken hatten ?

- Nie weniger als 1-mal pro Monat 1-mal pro Monat
 1-mal pro Woche fast jeden Tag

A8. Wie oft war es Ihnen im Verlauf der letzten 12 Monate unmöglich, sich an das zu erinnern, was am Vorabend geschah, weil Sie getrunken hatten ?

- Nie weniger als 1-mal pro Monat 1-mal pro Monat
 1-mal pro Woche fast jeden Tag

A9. Sind Sie oder jemand anderer schon einmal verletzt worden, weil Sie getrunken hatten ?

- Nein Ja, aber nicht im Verlauf der letzten 12 Monate Ja, im Verlauf der letzten 12 Monate

A10. Hat sich ein Angehöriger, ein Freund, ein Arzt oder eine andere Person aus dem Gesundheitsbereich schon einmal besorgt über Ihren Alkoholkonsum geäußert oder vorgeschlagen, dass Sie den Konsum einschränken sollten ?

- Nein Ja, aber nicht im Verlauf der letzten 12 Monate Ja, im Verlauf der letzten 12 Monate

NUR FÜR VILLA FLORA UND VIA GAMPEL. Wenn Sie an einen typischen Trinktag in den letzten 12 Monaten denken, wie viel Bier, Wein, usw. tranken Sie normalerweise pro Tag ?

Getränke	_____	Menge pro Tag (in dl)	_____
Getränke	_____	Menge pro Tag (in dl)	_____
Getränke	_____	Menge pro Tag (in dl)	_____

➔ 17. Wie oft hatten Sie mit ärztlicher Intervention

- ein delirium tremens (Alkohol) ?

- eine Überdosis (Drogen) ?

➔ 18. Wie oft wurden Sie bis heute in Ihrem Leben behandelt wegen

Alkoholkonsum ?

Drogenkonsum ?

Alkohol- und Drogenkonsum ?

19a. Wie viele von diesen Behandlungen waren ausschliesslich Entziehungskuren

N/A wenn 00 auf Frage 18

für Alkohol ?

für Drogen ?

für Alkohol und Drogen ?

19b. Welche Behandlungen wurden bisher vom/von der Klientin beansprucht ? (mehrere Angaben möglich)

Keine

Ambulant LVT

Stationär LVT

Heroingestützte Behandlung

Anderes

Ambulant nicht LVT

Stationär nicht LVT

Substitution : Methadon, Subutex,...

Selbsthilfegruppen

Entzug

Medikamentöse Behandlung

FRAGE AN DEN SUCHTBERATER : fand ein Entzug vor Beratungsanfang statt ?

Keinen

Zu Hause

Im Spital

In stationärer Institution

19c. Stehen Sie zur Zeit in einer Substitutionsbehandlung ?

	Ja	Nein	n.b.		Ja	Nein	n.b.
Heroin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Andere Opiate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Methadon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Andere Substanzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Wie viele Tage wurden Sie im Laufe der letzten 30 Tage AMBULANT für Alkohol- oder Drogenprobleme behandelt (AA-NA inbegriffen) ?

BEMERKUNGEN

20. Wie hoch schätzen Sie Ihre Ausgaben im vergangenen Monat ein

9998 = Fr. 9998.- und mehr 9999 = n.b. oder verweigert

- für Alkohol ?

- für Drogen ?

22. An wie vielen Tagen hatten Sie im Laufe der letzten 30 Tage :

- Alkoholprobleme?

- Drogenprobleme ?

Unter Probleme, versteht man Mangel- und Entzugserscheinung, Drogenvergiftung, Gewissensbisse, Schuldgefühle, Zwang zu konsumieren

FRAGEN 23 und 24 : BITTEN SIE DEN KLIENTEN DIE SUBJEKTIVE BEWERTUNGSSKALA ZU BENUTZEN (SKALA 0 1 2 3 4)

23. Inwieweit waren Sie im Laufe der letzten 30 Tage besorgt um oder gestört durch diese

- Alkoholprobleme ?

- Drogenprobleme ?

24. Inwieweit erscheint Ihnen eine zusätzliche Behandlung jetzt wichtig :

- für diese Alkoholprobleme ?

- für diese Drogenprobleme ?

SCHWEREGRADSKALA DURCH DEN BERATER AUSZUFÜLLEN (SKALA 0 BIS 9)

➔ **25a. Wie schätzen Sie den Schweregrad der Problematik des Klienten ein**

- für Alkohol ?

- für Drogen ?

➔ **25b. Inwieweit erachten Sie eine zusätzliche Behandlung des Klienten als erforderlich :**

- für Alkoholprobleme ?

- für Drogenprobleme ?

BEWERTUNGEN DER VERTRAUENSWÜRDIGKEIT

Die obenstehenden Informationen sind unglaubwürdig weil

26. der Klient die Wahrheit verheimlicht ?

Ja Nein

27. er die Fragen nicht versteht ?

Ja Nein

BEMERKUNGEN

ERGÄNZUNG GLÜCKSSPIELSUCHT / PATHOLOGISCHES SPIELEN

WENN DER KLIENT KEINE SPIELPROBLEME KENNT, das Kästchen ankreuzen und mit dem nächsten Bereich weitergehen

1. Im Verlauf der letzten 30 Tage, während wie viele Tage haben Sie mit Geldeinsätzen gespielt ?

Tage

Art des Spiels	Tage während der letzten 30 Tage	Alter des regelmässigen Spielens	Monate seit des letzten Spiels
1. Geldmaschinen in Spielkasinos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Kartenspiele, Poker usw. in Spielkasinos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Andere Spiele in Spielkasinos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Zahlenlotto, Lose	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Elektronische Lottos (Tactilo, Expresslotto,...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Sport-Totto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Spekulationsspiele (Börse,...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Geldspiele im Web	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. andere Geldspiele	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. mit mehr Einsatz als die eigenen finanziellen Mittel erlauben	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. mit Alkohol- und/oder Drogenkonsum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. illegales Spielen (Geldmaschinen,..)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. Organisation von illegalen Spielen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Falls weiss gelassen 00 oder NA heisst, bitte Kästchen ankreuzen

2. Im Bezug auf die Spielarten 1 bis 9, welches Spiel stellt das hauptsächlichste Problem dar ? Den entsprechenden Code indizieren oder 10 : mehrere Spiele

3. Wie lange dauerte Ihre letzte Periode (in Monaten) ohne Spielen ?

Monate

4. Wie oft im Leben wurden Sie bereits für Spielsucht behandelt ?

5. In den letzten 30 Tagen, wie hoch schätzen Sie Ihre Geldausgaben für Spiele ein ?

99'998 = Fr. 99'998.- und mehr 99'999 = n.b oder verweigert

6. In den letzten 30 Tagen, während wie vielen Tagen hatten Sie Probleme mit dem Spielen ?

BITTEN SIE DEN KLIENTEN DIE SUBJEKTIVE BEWERTUNGSSKALA ZU BENUTZEN (SKALA 0 1 2 3 4)

7. Inwieweit waren Sie im Laufe der letzten 30 Tage durch diese Spielprobleme gestört oder besorgt ?

8. Inwieweit erscheint Ihnen jetzt eine zusätzliche Behandlung Ihrer Spielprobleme als wichtig ?

SCHWEREGRADSKALA DURCH DEN BERATER (SKALA 0 BIS 9)

9. Wie schätzen Sie den Schweregrad der Problematik des Klienten ein ?

10. Inwieweit erachten Sie eine zusätzliche ärztliche Behandlung des Klienten als nötig ?

B. KÖRPERLICHER GESUNDHEITZUSTAND

Sind Sie in regelmässiger ärztlicher Betreuung ?

- Keine regelmässige Betreuung Nur durch Hausarzt
 Nur durch Psychiater Durch Hausarzt und Psychiater

➔ 1. Wie oft wurden Sie in Ihrem Leben für körperliche Gesundheitsprobleme ins Spital eingewiesen (24 Stunden und mehr) ? (inbegriffen delirium tremens und Überdosis, ausgenommen Aufenthalte für Entzug)

00-keine Spitalaufenthalt 98-98 Spitalaufenthalte und mehr 99-n.b. oder verweigert

➔ 2. Wie lange ist er her, seit Sie zum letzten Mal für ein körperliches Gesundheitsproblem im Spital waren ?

00- Spitalaufenthalt im Lauf des letzten Monats 99-n.b. oder verweigert NA-überhaupt kein Spitalaufenthalt

Jahre

Monate

2b. Haben Sie in Ihrem Leben unter einer Krankheit gelitten, die auf Ihren Konsum zurückzuführen ist ?

- ja nein n.b. oder verweigert

Wenn ja, welche Krankheit(en) :

➔ 3. Haben Sie ein chronisches Leiden, das Ihnen das Leben erschwert ?

Ja Nein n.b. / verweigert

4. Haben Sie regelmässig für körperliche Gesundheitsprobleme verschriebene Medikamente einzunehmen ?

5. Haben Sie im Laufe der letzten 12 Monate wegen einem körperlichen Gesundheitsproblem einen Arzt aufgesucht ?

6. Leiden Sie an einer ständigen körperlichen Einschränkung oder Behinderung ?

7a. Haben Sie schon unter einer viralen Hepatitis gelitten ?

7b. Haben Sie schon einen Aids-Test gemacht (HIV) ?

Wenn ja, wie viele Monate sind seit Ihrem letzten Test vergangen ?

Monate

Und wie war das Testergebnis ?

- HIV neg HIV pos
 n.b. oder verweigert

BEMERKUNGEN

7c. Haben Sie schon intravenös konsumiert ?

- nein n.b. oder verweigert
 ja, während den letzten 30 Tagen ja, aber nicht während den letzten 30 Tagen

Wenn ja, Alter des ersten intravenösen Konsum (in Jahren)

Und wieviele Jahre haben Sie gespritzt ?

Konsumierten Sie intravenös während den letzten 6 Monaten ?

- ja, ohne Materialaustausch nein, kein Injizieren während der letzten 6 Monate
 ja, gelegentlicher Austausch mit anderen n.b. oder verweigert
 ja, häufiger Austausch mit anderen

7d. Waren Sie schon an einer Endokarditis erkrankt ?

- ja nein n.b. oder verweigert

7e. Haben Sie schon unter Hautgeschwüren gelitten ?

- ja nein n.b. oder verweigert

7f. Wenn ja, waren diese die Folgen vom Spritzen ?

- ja nein n.b. oder verweigert

7g. Die zwei untenstehenden Fragen sind nicht obligatorisch für die stationären LVT-Institutionen

Haben Sie schon ungeschützt sexuellen Kontakt gehabt ?

- ja nein n.b. oder verweigert

Wie ist ihre gewöhnliche sexuelle Verhaltensweise ?

- Heterosexuell Homosexuell Bisexuell verweigert

8. Wie viele Tage haben Sie im Laufe der letzten 30 Tage an einem körperlichen Gesundheitsproblem gelitten ?

FRAGEN 9 UND 10 : BITTEN SIE DEN KLIENTEN DIE SUBJEKTIVE BEWERTUNGSSKALA ZU BENUTZEN (SKALA 0 1 2 3 4)

9. Inwieweit waren Sie im Laufe der letzten 30 Tage durch diese körperlichen Gesundheitsprobleme gestört oder besorgt ?

10. Inwieweit erscheint Ihnen jetzt eine zusätzliche Behandlung Ihrer körperlichen Gesundheitsprobleme als wichtig ?

SCHWEREGRADSKALA DURCH DEN BERATER (SKALA 0 BIS 9)

11a. Wie schätzen Sie den Schweregrad der Problematik des Klienten ein ?

11b. Inwieweit erachten Sie eine zusätzliche ärztliche Behandlung des Klienten als nötig ?

BEWERTUNG DER VERTRAUENSWÜRDIGKEIT

Die obenstehenden Informationen sind unglaubwürdig weil

12. der Klient die Wahrheit verheimlicht ?

- ja nein

13. er die Fragen nicht versteht ?

- ja nein

BEMERKUNGEN

C. FAMILIÄRE UND ZWISCHENMENSCHLICHE BEZIEHUNGEN

1a. Ihr Zivilstand :

- verheiratet
 nie verheiratet und nie in einer Lebensgemeinschaft gelebt
 nie verheiratet, aber in Vergangenheit mit einem(r) PartnerIn in Lebensgemeinschaft gelebt
 getrennt (gesetzlich oder nicht)
 Witwe(r)
 geschieden
 verweigert

1b. Im Moment leben Sie mit einem(r) PartnerIn ?

- ja nein n.b. oder verweigert

2a. Seit wann leben Sie so wie heute ? (seit dem Alter von 18 Jahren wenn nie verheiratet auf Frage 1a)

_____ Jahre _____ Monate

2b. Sind Sie mit dieser Situation zufrieden ?

- ja nein weder noch n.b. oder verweigert

3. Momentan sind Sie :

- Besitzer Ihrer Wohnung bei Bekannten ohne festen Wohnsitz
 Mieter in einer Institution anderes : _____
 in einem Zimmer (Pension, Hotel) im Gefängnis
 bei den Eltern (Familie) in einer Wohngemeinschaft

4. Lebensverhältnisse

	Aktuelle	die letzten 6 Monate	die letzten 3 Jahre
mit PartnerIn und den Kindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nur mit PartnerIn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nur mit den Kindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nur mit dem Vater	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nur mit der Mutter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit beiden Eltern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit Freunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
allein oder in einem Zimmer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
in einer Institution	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit einem/mehreren Mieter zusammen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ohne festen Wohnsitz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
keine stabilen Lebensverhältnisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5a. Seit wann leben Sie in den gegenwärtigen Verhältnissen ? (seit dem Alter von 18 Jahren wenn Sie noch mit den Eltern oder in der Familie leben)

01 = 15 Tage bis 1 Monat

Jahre Monate

5b. Sind Sie mit diesen Lebensverhältnissen zufrieden ?

- ja
 nein
 weder noch
 n.b. oder verweigert

6a. Leben Sie mit jemandem zusammen, der Alkoholprobleme hat ?

- ja nein n.b. oder verweigert

6b. Leben Sie mit jemandem zusammen, der nicht ärztlich verschriebene Drogen oder Medikamente zu sich nimmt ?

- ja nein n.b. oder verweigert

7a. Mit wem verbringen Sie die meiste Freizeit ?

- allein mit der Familie mit Freunden andere n.b. oder verweigert

7b. Sind Sie mit dieser Art, Ihre Freizeit zu verbringen, zufrieden ?

- ja nein weder noch n.b. oder verweigert

7c. Wie viele enge Freunde haben Sie ?

Freunde

7d. Haben Sie Angehörige, Freunde oder Bekannte, die Sie im Notfall beschützen oder helfen können ?

- nein, niemanden ja

8a. Wie viele Brüder haben Sie ?

8d. Wie viele eigene Kinder haben Sie ?

8b. Wie viele Schwestern haben Sie ?


Bitte das Alter der Kinder hier angeben : _____

8c. Das wie viele Kind sind Sie ?

8e. Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt ?

Für die beide Tabelle n: 1-Ja 2-Nein 9-n.b. oder verweigert

Wenn nicht ausgefüllt N/A, bitte dieses Feld ankreuzen :

Personen		Mutter	Stief-mutter	Vater	Stief-vater	Brüdern	Schwes-tern	Kindern	Eheman Ehefrau	Andere Verwandte	Freun-de	Nachbarn	Arbeits-kollege
		9. Kannten Sie eine Zeit von schweren Beziehungsprobl. mit ...	die letzten 30 Tage	<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"/>
	im Leben	<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"/>
13. Haben Sie, Ihrer Ansicht nach, mit nachstehenden Personen ein enges und dauerhaftes Verhältnis ?		<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"/>		

Personen	Mutter	Stief-mutter	Vater	Stief-vater	Bruder		Schwester	
					—	—	—	—
Hatten, Ihrer Ansicht nach, nahe Verwandte ein :								
10. Alkoholproblem ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Problem mit Drogen ?	<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. psychisches Problem ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihrer Meinung nach, sind Ihre Angehörigen von Ihrem Konsumproblem (von Alkohol/Drogen) oder Spielproblemen betroffen ?

Ja Nein n.b. oder verweigert

Wenn ja, handelt es sich um

Vater/Mutter PartnerIn Kinder Geschwister
 Anderes (angeben) : _____

14. Sind Sie schon mal auf emotionale Weise missbraucht worden (durch z.B. beleidigende Beschimpfungen) ?

- während den letzten 30 Tagen ja nein n.b./verweigert - in Ihrem Leben ja nein n.b./verweigert

15. Sind Sie schon mal körperlich missbraucht worden (mit körperlichem Schaden) ?

- während den letzten 30 Tagen ja nein n.b./verweigert - in Ihrem Leben ja nein n.b./verweigert

16. Sind Sie schon mal sexuell missbraucht worden (erzwungener Geschlechtsverkehr oder Annäherungsversuche) ?

- während den letzten 30 Tagen ja nein n.b./verweigert - in Ihrem Leben ja nein n.b./verweigert

BEMERKUNGEN



17. An wie vielen Tagen hatten Sie in den letzten 30 Tagen einen schweren Konflikt

a) mit Ihrer Familie ?

b) mit anderen Personen (ausserhalb der Familie) ?

FRAGEN 18 BIS 21 : BITTEN SIE DEN KLIENTEN DIE SUBJEKTIVE BEWERTUNGSSKALA ZU BENUTZEN (SKALA 0 1 2 3 4)

Inwieweit waren Sie während den letzten 30 Tagen besorgt oder beunruhigt wegen

18. Ihren Familienproblemen ?

Inwieweit erscheint Ihnen eine zusätzliche Behandlung oder Hilfe notwendig für

20. Ihre Familienprobleme ?

19. Beziehungsprobleme mit anderen Personen (inbegriffen Probleme der Einsamkeit und des Alleinseins) ?

21. Beziehungsprobleme mit anderen Personen (inbegriffen Probleme der Einsamkeit und des Alleinseins) ?

SCHWEREGRADSSKALA DURCH DEN BERATER AUSZUFÜLLEN (SKALA 0 BIS 9)

Achtung : die höchste Bewertung des Klienten auf Fragen 18-19 und 20-21 berücksichtigen

22a. Wie schätzen Sie den Schweregrad der Problematik Ihres Klienten ein ?

22b. Inwieweit finden Sie eine zusätzliche Hilfe auf familiärer Ebene des Klienten als erforderlich ?

BEWERTUNG DER VERTRAUENWÜRDIGKEIT

Die obenstehenden Informationen sind unglaubwürdig weil

23. der Klient die Wahrheit verheimlicht ?

ja nein

24. er die Fragen nicht versteht ?

ja nein

BEMERKUNGEN

D. PSYCHISCHER GESUNDHEITZUSTAND

➡ 1. Wie oft wurden Sie für emotionale oder psychische Probleme behandelt

- in einem Spital ?

- ambulant oder in Privatpraxis ?

Haben Sie während einer längeren Zeit gelitten unter (NICHT AUF ALKOHOL- ODER DROGENKONSUM ZURÜCKZUFÜHREN)

➡ 2. einer schweren Depression (Traurigkeit, Verzweiflung, grosser Interessenverlust, Apathie, Schuldgefühle, Tränenkrisen) ?

- während den letzten 30 Tagen

ja nein n.b. oder verweigert

- in Ihrem Leben

ja nein n.b. oder verweigert

➡ 3. Angstgefühlen oder schweren Spannungen (Spannungen, Unmöglichkeit von Entspannung, unangemessene Angstgefühle) ?

- während den letzten 30 Tagen

ja nein n.b. oder verweigert

- während mind. 2 Wochen in Ihrem Leben

ja nein n.b. oder verweigert

➡ 4. Halluzinationen (Dinge oder Personen gesehen oder gehört, die nicht existieren, wenn auch nur für kurze Zeit) ?

- während den letzten 30 Tagen

ja nein n.b. oder verweigert

- in Ihrem Leben

ja nein n.b. oder verweigert

➡ 5. schwere Konzentrations-, Erinnerungs-, oder/und Verständnisschwierigkeiten ?

- während den letzten 30 Tagen

ja nein n.b. oder verweigert

- während mind. 2 Wochen in Ihrem Leben

ja nein n.b. oder verweigert

Gab es eine Zeit, ABHÄNGIG ODER UNABHÄNGIG VOM ALKOHOL- ODER DROGENKONSUM, während welcher Sie litten unter :

➡ 6. Schwierigkeiten, ein gewaltiges Verhalten zu beherrschen ?

- während den letzten 30 Tagen

ja nein n.b. oder verweigert

- in Ihrem Leben

ja nein n.b. oder verweigert

➡ 7. der Versuchung sich selbst absichtlich zu verletzen (anders als Selbstmordversuch) ?

- während den letzten 30 Tagen

ja nein n.b. oder verweigert

- in Ihrem Leben

ja nein n.b. oder verweigert

➡ 8. Suizidgedanken (mit Plan) ?

- während den letzten 30 Tagen

ja nein n.b. oder verweigert

- in Ihrem Leben

ja nein n.b. oder verweigert

➡ 9. Suizidversuch ?

- während den letzten 30 Tagen

ja nein n.b. oder verweigert

- in Ihrem Leben

ja nein n.b. oder verweigert

➡ 10. Hatten Sie ein verschriebenes Medikament für emotionale oder psychische Probleme ?

- während den letzten 30 Tagen

ja nein n.b. oder verweigert

- in Ihrem Leben

ja nein n.b. oder verweigert

11. Während wie vielen Tagen hatten Sie in den letzten 30 Tagen emotionale oder psychische Probleme ?

FRAGEN 12 UND 13 : BITTEN SIE DEN KLIENTEN DIE SUBJEKTIVE BEWERTUNGSSKALA ZU BENUTZEN (SKALA 0 1 2 3 4)

12. Inwieweit waren Sie im Laufe der letzten 30 Tage durch emotionale oder psychische Probleme gestört oder besorgt ?

13. Inwieweit erscheint Ihnen jetzt eine zusätzliche Behandlung dieser Probleme als erforderlich ?

SCHWEREGRADSKALA DURCH DEN BERATER AUSZUFÜLLEN (SKALA 0 BIS 9)

20a. Wie schätzen Sie den Schweregrad der Problematik des Klienten ein ?

20b. Inwieweit erscheint Ihnen eine zusätzliche psychologische/psychiatrische Behandlung als erforderlich ?

FRAGEN AN DEN SUCHTBERATER

(Im Zweifelsfall bei den Fragen 14, 16 und 19, den Klienten fragen)

IM MOMENT DER BESPRECHUNG IST DER KLIENT :

ja *nein* *n.b.*

14. sichtbar deprimiert oder in einer Ablehnungshaltung ?

15. sichtbar feindlich ?

16. sichtbar ängstlich oder nervös ?

17. Hat er Schwierigkeiten, die Situation sachlich zu beurteilen ? Hat er paranoide Gedanken oder Gedankenstörungen ?

18. Hat der Klient Schwierigkeiten beim Verstehen, Erinnern, Konzentrieren ?

19. Hat der Klient Selbstmordgedanken ?

BEWERTUNG DER VERTRAUENSWÜRDIGKEIT

Die obenstehenden Informationen sind unglaubwürdig weil

21. der Klient die Wahrheit verheimlicht ?

ja nein

22. er die Fragen nicht versteht ?

ja nein

BEMERKUNGEN

E. ARBEIT UND EINKOMMEN

1a. Welches ist Ihr höchst erreichtes Ausbildungsniveau ?

- keine Schule oder nur Kindergarten
- Primarschule
- obligatorische Schule
- Verkürzte praktische Ausbildung (Anlehre), Berufsschule oder Privatschule mit höchstens 2 Jahren Dauer
- Lehre oder Berufsschule
- Maturitätsschule, Berufsmatura
- Höhere berufliche Ausbildung (mit Meisterbrief, höheres oder eidgenössisches Diplom)
- Berufliche Hochschule (HWV, HFS, usw.)
- Universität, ETH
- Andere Ausbildung : _____
- n.b. oder verweigert

2. Zusätzliche Ausbildung (Weiterbildung, Fortbildung) ?

98 = 98 Monate und mehr
99 = n.b. oder verweigert _____ Monate

4. Haben Sie einen Führerschein ?

- ja
- nein, Sicherungszug
- nein, Warnungszug
- nein, nie gemacht

5. Können Sie über ein Auto verfügen ?

ja nein Nein falls kein gültiger Führerschein

6a. Wie lange dauerte Ihre längste Periode einer festen Anstellung (für denselben Arbeitgeber) ?

Jahre Monate

6b. Wie lange dauerte Ihre längste Periode von Arbeitslosigkeit ?

Jahre Monate

8. Hilft Ihnen eine andere Person in finanzieller Weise (Institution nicht inbegriffen) ?

ja nein n.b. oder verweigert

9. Wenn ja, ist das Ihre hauptsächliche finanzielle Einkommensquelle ?

ja nein n.b. oder verweigert

1b. Haben Sie eine laufende Ausbildung ?

- keine laufende Ausbildung
- obligatorische Schule
- Verkürzte praktische Ausbildung (Anlehre), Berufsschule oder Privatschule mit höchstens 2 Jahren Dauer
- Lehre oder Berufsschule
- Maturitätsschule, Berufsmatura
- Höhere berufliche Ausbildung (mit Meisterbrief, höheres oder eidgenössisches Diplom)
- Berufliche Hochschule (HWV, HFS, usw.)
- Universität, ETH
- Andere Ausbildung : _____
- n.b. oder verweigert

3. Haben Sie einen Beruf ?

- ja : _____
- nein n.b. oder verweigert

10a. Art der üblichen Beschäftigung

	Heute	die letzten 6 Monate	die letzten 3 Jahre
100%-Stelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teilzeitarbeit (feste Stunden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teilzeitarbeit (nicht feste Stunde oder tageweise)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sporadische Temporärrarbeit / Saisonarbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
in Ausbildung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rentner AHV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rentner IV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeitsunfähigkeit (SUVA, Krankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeitslos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufenthalt in einer Institution	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Empfänger von Sozialhilfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hausfrau/mann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
anderes (illegale Tätigkeiten inbegriffen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
keine stabilen Verhältnisse (mehrere Situationen mit verschiedener Dauer)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
im beruflichen Eingliederungsprogramm (beruflicher oder sozialer Eingliederungsvertrag)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ohne bezahlte Arbeit/Freiwilligenarbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10b. Sind Sie mit Ihrer aktuellen Situation zufrieden ?

ja nein weder noch n.b. / verweigert

11. Wie viele Arbeitstage wurden Ihnen im Laufe der letzten 30 Tagen bezahlt (Schwarzarbeit inbegriffen) ?

WIE VIEL EINKOMMEN HABEN SIE IM LAUFE DER LETZTEN 30 TAGEN VON NACHSTEHENDEN QUELLEN ERHALTEN ?

9998 = Fr. 9998.- und mehr 9999=n.b. oder verweigert

12. Arbeit (Nettoeinkommen) ?

16b. Verwandte, Familie, Freunde ?

13. Arbeitslosenversicherung ?

16c. Darlehen und Stipendien, Lotterie, nicht voraussehbares Einkommen ?

14. Sozialhilfe ?

17a. illegale Quellen ?

15. Rente (AHV, IV, Berufliche Vorsorge, Suva, Familienzulage falls nicht in Frage 12 inbegriffen) ?

17b. Prostitution ?

16a. Gatte/in ?

17c. Andere : _____

18a. Wie haben Sie in den letzten 6 Monaten Ihren Lebensunterhalt vorwiegend bestritten ?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Erwerbseinkommen | <input type="radio"/> Ersparnisse | <input type="radio"/> Rente (AHV/IV) |
| <input type="radio"/> Sozialhilfe/Fürsorge | <input type="radio"/> Arbeitslosenversicherung | <input type="radio"/> durch PartnerIn |
| <input type="radio"/> durch Eltern/Familie/FreundInnen | <input type="radio"/> dealen/mischeln | <input type="radio"/> andere illegale Einkünfte |
| <input type="radio"/> Prostitution | <input type="radio"/> anderes | <input type="radio"/> nicht bekannt |

18b. Wie viele Personen sind für ihre Bedürfnisse (Miete, Essen, usw.) grösstenteils von Ihnen abhängig ?

26. Wie hoch ist Ihr persönliches Jahreseinkommen ?

- | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> < 20'000 | <input type="radio"/> 20'000-29'999 | <input type="radio"/> 30'000-39'999 | <input type="radio"/> 40'000-49'999 | <input type="radio"/> 50'000-59'999 |
| <input type="radio"/> 60'000-69'999 | <input type="radio"/> 70'000-79'999 | <input type="radio"/> 80'000+ | <input type="radio"/> n.b. oder verweigert | |

25. Wie hoch sind Ihre Schulden ? (näher angeben)

99998 = Fr. 99998.- und mehr 99999 = n.b. oder verweigert

23. Wurde diese Anfrage durch Ihren Arbeitgeber verlangt ?

- ja nein n.b. oder verweigert

24. Haben Sie einmal oder mehrmals Arbeitsplätze wegen Alkohol- oder Drogenkonsum verloren oder verlassen ?

- ja nein n.b. oder verweigert

BEMERKUNGEN

19a. Während wie vielen Tagen haben Sie im Laufe der letzten 30 Tagen Probleme am Arbeitsplatz (wenn Ihr Arbeitsplatz bedroht ist, zwischenmenschliche Probleme ausgenommen) gehabt oder Schritte unternommen, um Arbeit zu finden ?

19b. Während wie vielen Tagen haben Sie im Laufe der letzten 30 Tagen einen Kurs besucht (RAV, Orientierungszentrum), um sich auf den Arbeitsmarkt zu integrieren ?

FRAGEN 20 UND 21 : BITTEN SIE IHREN KLIENTEN DIE SUBJEKTIVE BEWERTUNGSSKALA ZU BENUTZEN (SKALA 0 1 2 3 4)

20. Inwieweit waren Sie während der letzten 30 Tagen wegen beruflicher Probleme besorgt oder beunruhigt ?

21. Inwieweit erscheint Ihnen jetzt eine zusätzliche Hilfe für diese beruflichen Probleme als wünschenswert ?

SCHWEREGRADSKALA DURCH DEN BERATER AUSZUFÜLLEN (SKALA VON 0 BIS 9)

➔ 22a. Wie schätzen Sie den Schweregrad der Problematik des Klienten ein ?

➔ 22b. Inwieweit finden Sie eine zusätzliche Hilfe für die beruflichen Probleme des Klienten als notwendig ?

BEWERTUNG DER VERTRAUENSWÜRDIGKEIT

Die obenstehenden Informationen sind unglaubwürdig weil

28. der Klient die Wahrheit verheimlicht ?

ja nein

29. er die Fragen nicht versteht ?

ja nein

BEMERKUNGEN

F. RECHTSLAGE

1. Wurde diese Beratung/Behandlung von einer gerichtlichen oder sozialen/administrativen Instanz verlangt oder angeregt ?

ja nein n.b. oder verweigert

Wenn ja, welche ?

Gerichtliche Instanz / Justizsystem

- Kantonales Schutzaufsichtsamt
 Kommission der bedingten Entlassung
 Advokat
 Richter / Jugendgericht
 andere : _____

Soziale/administrative Instanz

- Sozialmedizinisches Zentrum
 Dienststelle für Jugendhilfe (Dienst für Erziehungsberatung, Amt für Jugendschutz)
 Vormundschaftsbehörde
 Dienststelle für Strassenverkehr
 andere (z.B. RAV) : _____

2. Im Moment sind Sie ? (mehrere Antworten möglich)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine Massnahme | <input type="checkbox"/> Behandlung von Trunk- und Rauschgiftsüchtigen (Art. 44 StGB) | <input type="checkbox"/> Vollzug von Massnahmen an Rauschgiftsüchtigen in einer Arbeiterziehungsanstalt (Art. 2a Verordnung 3 zum Schweizerischen Strafgesetzbuch SR 311.03) |
| <input type="checkbox"/> Einstellung des Verfahrens, Absehen von Strafe oder Verwarnung (Art. 19a Ziff. 2 BetmG) | <input type="checkbox"/> Unzurechnungsfähigkeit (Art. 10 StGB) | <input type="checkbox"/> verminderte Zurechnungsfähigkeit (Art. 11 StGB) |
| <input type="checkbox"/> Absehen von Strafverfolgung bei ärztlich beaufsichtigter Betreuung (Art. 19a Ziff. 3 BetmG) | <input type="checkbox"/> Massnahmen an geistig Abnormen (Art. 43 StGB) | <input type="checkbox"/> anderes _____ |

WENN DER KLIENT ÜBER DIE FRAGEN 3 BIS 23 NICHTS ANZUGEBEN HAT (KEINE ANKLAGEN, KI BESCHULDIGUNGEN, KEINE HAFT), DIESES FELD ANKREUZEN UND MIT FRAGE 24 WEITERFAHR

WIE OFT WURDEN SIE IN IHREM LEBEN FÜR NACHSTEHENDE DELIKTE BESCHULDIGT (ANGEKLAGT) ?

- 3. Polizeiübertretungen (Gemeindereglement) ?**
- 4. Verstösse gegen das Strassenverkehrsgesetz, NICHT INBEGRIFFEN : Fahren in angetrunkenem Zustand (Frage 12) ?**
- 5a. Für wie viele dieser Anklagepunkte (Fragen 3 und 4) wurden Sie für schuldig befunden ?**
N/A wenn nie beschuldigt
- 5b. Wie viele Urteile wurden für diese Anklagepunkte ausgesprochen ?**
N/A wenn nie verurteilt

WIE OFT WURDEN SIE BIS HEUTE FÜR NACHSTEHENDE STRAFBARE HANDLUNGEN BESCHULDIGT (ANGEKLAGT) ?

- ➔ 6. Strafbare Handlungen gegen die öffentliche Gewalt, gegen die Rechtspflege, Vernachlässigung von Unterhaltungspflichten (z.B. falsche Beweissaussagen)**
- ➔ 7. Strafbare Handlungen gegen das Vermögen, Urkundenfälschung (z.B. Betrug) ?**
- ➔ 8. Vergehen gegen das Schweizerische Waffengesetz ?**
- ➔ 9. Strafbare Handlungen gegen die Ehre (z.B. üble Nachrede, Verleumdung, Geldfälschung) ?**
- ➔ 10. Widerhandlung gegen das BetmG ?**
- ➔ 11. Sachbeschädigung, Hausfriedensbruch, Brandstiftung, böses Verhalten gegenüber Tieren ?**
- ➔ 12. Fahren in angetrunkenem Zustand (und/oder Verweigerung der Blutprobe oder zusätzlicher, ärztlicher Untersuchung) ?**

- ➔ 13. Unrechtmässige Aneignung, Diebstahl, Hehlerei (ohne Drohung oder Gewalt) ?
- ➔ 14. Strafbare Handlungen gegen die sexuelle Integrität (Exhibitionismus, Kuppelei, unzulässige Ausübung der Prostitution) ?
- ➔ 15. Drohung, Körperverletzung, tödlicher Angriff ?
- ➔ 16. Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit (Fahrerflucht, Unterlassung der Nothilfe) ?
- ➔ 17. Raub (Diebstahl mit Gewalt, Erpressung) ?
- ➔ 18. Sexuelle Delikte (z.B. Vergewaltigung, Inzest) ?
- ➔ 19. Tötung (vorsätzliche Tötung, Mord, oder Versuch dazu) ?

➔ 20a. Für wie viele dieser Anklagepunkte (Fragen 6 bis 19) wurden Sie für schuldig befunden ?
 N/A wenn nie beschuldigt

20b. Wie viele Urteile (Strafen) wurden für diese Verurteilungen ausgesprochen ?
 N/A wenn nie verurteilt

21a. Wie lange waren Sie inhaftiert ?
 00 - weniger als 15 Tage, oder nie beschuldigt, oder andere Art von Rechtsprüche -> weiter mit Frage 24
 98 - 98 Monate und mehr 99 - n.b. oder verweigert

21b. Wie viele Male waren Sie insgesamt inhaftiert ?

22. Wie lange dauerte Ihre letzte Inhaftierung ?
 01 - 15 Tage und mehr ; 98 - 98 Monate und mehr ; 99 - n.b. oder verweigert

23. Für welche Delikte wurden Sie inhaftiert ?
 3-4, 6-19, Kode entspricht Delikt. Falls mehrere Delikte, nur das Schwerste angeben (Je grösser die Nummer, desto schwerer das Delikt)

24. Wird gegenwärtig ein gerichtliches Verfahren gegen Sie geführt ?

- ja nein n.b. oder verweigert

Wenn ja, sind Sie : im Zeitpunkt der Anschuldigungsverfügung in Erwartung des Prozesses ? n.b. oder verweigert

25. Für welches Delikt ? 3-4, 6-19, Kode entspricht Delikt. Falls mehrere Delikte, nur das Schwerste angeben (Je grösser die Nummer, desto schwerer das Delikt)

26a. In welchem Alter begangen Sie Ihre erste Straftat (strafbare Handlungen, die vor Gericht kommen konnten) ?
 00 = wenn keine solchen Straftatten Jahre

26b. Wie alt waren Sie im Moment Ihrer letzten Anzeige für eine Übertretung ?
 00 = wenn keine Beschuldigung Jahre

BEMERKUNGEN

27. Wie lange waren Sie während den letzten 30 Tagen inhaftiert ?



28. An wie vielen Tagen sind Sie im Laufe der letzten 30 Tagen illegalen Aktivitäten nachgegangen, um daraus Profit zu ziehen ?

FRAGEN 29A BIS 29C : BITTEN SIE DEN KLIENTEN DIE SUBJEKTIVE BEWERTUNGSSKALA ZU BENUTZEN (SKALA 0 1 2 3 4)

29. Inwieweit empfinden Sie Ihre aktuellen juristischen Probleme als schwerwiegend (Probleme auf ziviler Ebene nicht inbegriffen) ?

30a. Inwieweit erscheint Ihnen heute eine Konsultation oder eine Hilfe für diese juristischen Probleme wichtig ?

30b. Inwieweit erscheint Ihnen heute zusätzliche psychosoziale Hilfe für Ihre juristischen Probleme wichtig ?

SCHWEREGRADSKALA DURCH DEN BERATER AUSZUFÜLLEN (SKALA VON 0 BIS 9)

31a. Wie schätzen Sie den Schweregrad der Problematik des Klienten ein ?

31b. Inwieweit braucht Ihrer Ansicht nach, der Klient juristische Hilfe oder Beratung ?

31c. In Bezug auf die Straftaten, inwieweit braucht der Klient zusätzliche psychosoziale Hilfe ?

BEWERTUNG DER VERTRAUENSWÜRDIGKEIT

Die obenstehenden Informationen sind unglaubwürdig weil

32. der Klient die Wahrheit verheimlicht ?

ja

nein

33. er die Fragen nicht versteht ?

ja

nein

BEMERKUNGEN

G. SCHWERPUNKTPROFIL

A. Schwerpunkteinschätzung der Problematik des Klienten

9								
8								
7								
6								
5								
4								
3								
2								
1								
0								
	Alkohol	Drogen	Spielen	körperliche Gesundheit	Familie	Psychische Gesundheit	Arbeit Einkommen	Rechtslage

Legende

0-1	Kein Problem
2-3	Leichtes Problem
4-5	Mittleres Problem
6-7	Beträchtliches Problem
8-9	Sehr schweres Problem

B. Einschätzung der zusätzlichen Behandlungsbedürfnisse des Klienten

9								
8								
7								
6								
5								
4								
3								
2								
1								
0								
	Alkohol	Drogen	Spielen	körperliche Gesundheit	Familie	psychische Gesundheit	Arbeit Einkommen	Rechtslage

Legende

0-1	Behandlung nicht nötig
2-3	Behandlung wahrscheinlich nicht nötig
4-5	Leichte Behandlung nötig
6-7	Behandlung erforderlich
8-9	Behandlung unbedingt erforderlich

