

INFORMATIONEN ÜBER DIE INSTITUTION

- Institution :**
- | | |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> LVT-Beratungsstelle Unterwallis | <input type="radio"/> Rives du Rhône |
| <input type="radio"/> LVT-Beratungsstelle Mittelwallis | <input type="radio"/> Villa Flora |
| <input type="radio"/> LVT-Beratungsstelle Oberwallis | <input type="radio"/> Via Gampel |

Suchtberatercode :

ANGEHÖRIGE

Geschlecht : Männlich Weiblich

Wohnort : **Postleitzahl :** _____ **Ort :** _____

Kanton des Wohnorts : _____

INFORMATIONEN ÜBER DEN AUSTRITT DES ANGEHÖRIGEN

Austrittsdatum (Datum der letzten Beratung) :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag	Monat	Jahr

Begründung des Austrittes :

- | | | |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Begleitung beendet | <input type="radio"/> Haft | <input type="radio"/> Tod wegen Krankheit |
| <input type="radio"/> Unterbrechung durch die Institution | <input type="radio"/> Spitalaufenthalt | <input type="radio"/> Tod wegen Unfall |
| <input type="radio"/> Unterbrechung durch den Klienten | <input type="radio"/> Suizid | <input type="radio"/> Andere Todesursache |
| <input type="radio"/> Kontaktverlust | <input type="radio"/> Tod wegen Überdosis | <input type="radio"/> Anderes : _____ |
| <input type="radio"/> Umzug des Klienten | | |

Überweisung (mehrere Antworten möglich)

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> keine Überweisung | <input type="checkbox"/> An eine andere Institution (Spital, Klinik) |
| <input type="checkbox"/> An eine LVT-Beratungsstelle | <input type="checkbox"/> An eine Selbsthilfegruppe (Alanon, Alateen) |
| <input type="checkbox"/> An eine andere spezialisierte ambulante Institution | <input type="checkbox"/> An einen privaten Praktiker (Arzt, Psychiater,...) |
| <input type="checkbox"/> An eine LVT-stationäre Institution | <input type="checkbox"/> Aussenwohngruppe |
| <input type="checkbox"/> An eine andere spezialisierte stationäre Institution | <input type="checkbox"/> Andere : _____ |

Welches ist die Prognose bezüglich künftiger Probleme aus der Sicht der behandelnden Person ?

- nicht beurteilbar
- sehr gute Prognose gute Prognose eher ungünstige Prognose ungünstige Prognose

DURCHGEFÜHRTE BEHANDLUNG

DURCH DIE BERATUNGSSTELLE ODER AUF IHRE VERMITTLUNG HIN DURCHGEFÜHRT
(mehrere Antworten möglich)

Beratung	LVT	Externe	zeitlich begrenzte Unterstützung	LVT	Externe
Einzelberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	berufliche Rehabilitation oder Reorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Woche der Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hilfe bei Arbeitsplatz- und Ausbildungsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörigengruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hilfe bei Wohnproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paarberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Finanzberatung/-verwaltung, Schuldensanierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rechtsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Psycho-)Therapien			Anderes		
Einzelpsychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weitervermittlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gruppentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krisenintervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paartherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familientherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	psychiatrische ambulante Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	psychiatrische stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Probleme des Angehörigen wurden mit oben genannten Angeboten angegangen ?

- | | | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kein Problem | <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 |

BEMERKUNGEN

A. INFORMATIONEN ÜBER DIE SCHWIERIGKEITEN DES ANGEHÖRIGEN BEIM AUSTRITT

Die Alkohol-/Drogen-/Spielprobleme des/der Konsumenten/Konsumentin machen, dass ...

	nie	manchmal	oft	immer
... Sie die Situation Ihrem Umfeld geheimlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Sie die Verantwortung anstelle des/der Konsumenten/in übernehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Sie sich der Situation gegenüber schuldig fühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Sie den Eindruck haben, trotz allem was Sie tun, nicht geschätzt zu werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Sie den Eindruck haben, dass Sie der Konsument unglücklich macht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Sie denken, sein Verhalten ändern zu können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Sie versuchen, seinen Konsum einzuschränken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Sie sich alleine und/oder erschöpft fühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

	unbekannt	überhaupt nicht	leicht	mässig	sehr	extrem
psychische oder emotionale Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
körperliche Gesundheitsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Familienprobleme, Beziehungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
berufliche Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
finanzielle Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

BEMERKUNGEN

B. ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN ÜBER DEN ANGEHÖRIGEN BEIM AUSTRITT

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

Im Moment leben Sie mit einem(r) PartnerIn ?

- ja nein n.b. oder verweigert

Lebensverhältnisse beim Austritt

- mit PartnerIn und den Kindern
 nur mit PartnerIn
 nur mit den Kindern
 nur mit dem Vater
 nur mit der Mutter
 mit beiden Eltern
 mit der Familie
- mit Freunden
 allein oder in einem Zimmer
 in einer Institution
 mit einem/mehreren Mieter zusammen
 ohne festen Wohnsitz
 keine stabilen Lebensverhältnisse

Welches ist Ihr höchst erreichtes Ausbildungsniveau beim Austritt ?

- 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

Haben Sie eine laufende Ausbildung beim Austritt?

- 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

BEMERKUNGEN

Art der üblichen Beschäftigung beim Austritt

- 100%-Stelle
- Teilzeitarbeit (feste Stunden)
- Teilzeitarbeit (nicht feste Stunden oder tageweise)
- Sporadische Beschäftigung / Saisonarbeit
- in Ausbildung
- Rentner AHV
- Rentner IV
- Arbeitsunfähigkeit (SUVA, Krankheit)
- Arbeitslos
- Aufenthalt in einer Institution
- Empfänger von Sozialhilfe
- Hausfrau/mann
- anderes (illegale Tätigkeiten inbegriffen)
- keine stabilen Verhältnisse (mehrere Situationen mit verschiedener Dauer)
- im beruflichem Eingliederungsprogramm (beruflicher oder sozialer Eingliederungsvertrag)
- ohne bezahlte Arbeit/Freiwilligenarbeit

Wie haben Sie in den letzten 30 Tagen Ihren Lebensunterhalt verdient ? (mehrere Antworten möglich)

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Erwerbseinkommen | <input type="checkbox"/> 5. durch Gatte/In | <input type="checkbox"/> 8. illegale Quellen |
| <input type="checkbox"/> 2. Arbeitslosenversicherung | <input type="checkbox"/> 6. durch Eltern, Familien, FreundInnen | <input type="checkbox"/> 9. Prostitution |
| <input type="checkbox"/> 3. Sozialhilfe | <input type="checkbox"/> 7. Darlehen und Stipendien, | <input type="checkbox"/> 10. Anderes |
| <input type="checkbox"/> 4. Rente (AHV, IV, SUVA), Familienzulage | <input type="checkbox"/> Lotterie, nicht voraussehbares Einkommen | |

Wenn mehrere Angaben, die wichtigste Nummer angeben
Kode des Lebensunterhalts angeben

C. INFORMATIONEN ÜBER DEN KONSUMENTEN BEIM AUSTRITT

Aus Klientensicht, gibt es noch Substanzen bzw. suchtähnliche Verhaltensweisen, die für den Konsumenten zur Zeit Probleme darstellen ?

- Ja Nein n.b. oder verweigert

Wenn ja, die problematischen Substanzen oder Verhaltensweisen ankreuzen

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

BEMERKUNGEN