

FRAGEBOGEN ZUR FESTSTELLUNG DER EIGNUNG und DOSIERUNG

Name: \_\_\_\_\_

Geschlecht: männl.      weiblich

Alter: \_\_\_\_\_

Grösse: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

**Grund der Behandlung**

Körperliche Abhängigkeit: \_\_\_\_\_

Spirituelle & geistige Entwicklung: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Substanzen und Einnahme:**

<b>Substanz</b>	<b>Zeitraum (Konsum seit wann?)</b>	<b>Menge pro Tag/Woche in Stück/mg</b>
Nikotin		
Zucker		
Medikamente		
Cannabis		
Alkohol		
Kokain		
Amphetamine/Crystal Meth		
Sonstiges:		
<b>Medikament (insbesondere täglich eingenommene)</b>	<b>Zeitraum (Konsum seit wann?)</b>	<b>Menge pro Tag/Woche in Stück/mg</b>
Benzodiazepine		
Codein		
Opiate		
Heroin		
Morphium		
Polamidon		
Sonstiges:		

FRAGEBOGEN ZUR FESTSTELLUNG DER EIGNUNG und DOSIERUNG

**Diagnosen betreffend aktive neurologische oder psychische Erkrankungen, wenn bekannt** (bspw. ADHS, Depression nach Becks-Inventar, Psychosen, Geisteskrankheiten, hirnorganische Krankheiten etc.):

---

---

---

---

---

**Diagnosen betreffend den physischen Gesundheitszustand:**

HIV \_\_\_

HEPATTITIS \_\_\_ A\_\_\_ B\_\_\_ C

andere Infektionskrankheiten:

---

---

---

---

---

---

**Empfindlichkeit gegenüber Medikamenten** (z.B. Antiepileptika, Antidepressiva, Neuroleptika, etc.)

\_\_\_ NEIN

\_\_\_ JA                    WAS

---

**Vorgeschichte von Bluthochdruck oder Herzinfarkt** (Herz-Kreislauf-Probleme, Herzschrittmacher etc.)

\_\_\_ NEIN

\_\_\_ JA                    WAS

---

**Einschränkung oder Erkrankung des Magen - Darm - Systems**

\_\_\_ NEIN

\_\_\_ JA                    WAS \_\_\_\_\_

**Beeinträchtigung bzw. Erkrankung von Leber oder Nieren**

\_\_\_ NEIN

\_\_\_ JA                    WAS

---

**Aktive Tuberkulose**

\_\_\_ NEIN

\_\_\_ JA

FRAGEBOGEN ZUR FESTSTELLUNG DER EIGNUNG und DOSIERUNG

**Schwangerschaft**

\_\_\_ NEIN

\_\_\_ JA