

# Bereich ambulante psychosoziale Suchthilfe (SAMBAD)

## Austritt Angehörige

Name:

Vorname:

**1. Wann wurde der Austrittsfragebogen ausgefüllt?** VMAB001

Tag \_\_\_ Monat \_\_\_ Jahr 20\_\_\_

**2. Welches ist die BUR-Nummer Ihrer Stelle/Institution?** VMAB005

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

-1  nicht bekannt VMAB006

**3. Interne laufende Nummer des Klienten/der Klientin** VZAX005

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

**4. 4-Buchstaben-Code des Klienten/der Klientin** VMAB010

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| (frei lassen; wird automatisch generiert)

### A. BEHANDLUNGSGRUNDLAGEN

**5. Waren Sie wegen eigener Suchtprobleme oder wegen Problemen einer Drittperson (Angehörige usw.) in Behandlung, Beratung oder Betreuung?** VMAB030

- 1  eigene Suchtprobleme  
 2  Probleme einer Drittperson (Angehörige usw.)

**6. Ab welchem Datum wird die Behandlung, Beratung oder Betreuung als beendet angesehen?** VMAB020

Tag \_\_\_ Monat \_\_\_ Jahr 20\_\_\_

**7. Welches ist der Hauptgrund für die Beendigung der Behandlung, Beratung oder Betreuung?** VMAB040

*nur eine Antwort möglich*

- 1  nicht bekannt
- 1  planmässige Beendigung der Behandlung, Beratung oder Betreuung ohne Übertritt in eine suchtspezifische Stelle/Institution
- 2  planmässige Beendigung der Behandlung, Beratung oder Betreuung mit Übertritt in eine suchtspezifische Stelle/Institution, *nämlich:*
- 1  nicht bekannt VMAB041
- 1  stationäre Behandlung/Therapie
- 2  Betreuung in Tagesstruktur/Tagesklinik
- 3  ambulante Beratung/Therapie
- 4  Aussenwohngruppe
- 5  andere Stelle/Institution
- 3  Wohnortwechsel
- 4  Hospitalisierung
- 5  Inhaftierung
- 6  Kontaktverlust, *seit wie vielen Tagen?*
- Anzahl Tage: \_\_\_\_\_  
 VMAB042
- 7  expliziter Abbruch durch Klient/Klientin oder Stelle/Institution
- 8  Tod, *was ist die Todesursache?*
- 1  nicht bekannt VMAB044
- 1  Suizid
- 2  Unfall
- 3  Krankheit
- 4  Überdosis bzw. Vergiftung
- 5  andere Todesursache, *nämlich:* \_\_\_\_\_  
 VMAB045

9  anderer Grund für die Beendigung der Behandlung, Beratung oder Betreuung, *nämlich:* \_\_\_\_\_  
 VMAB046

### B. SOZIODEMOGRAPHISCHE ANGABEN

*Angaben der erschienenen Person*

**8. Geschlecht** VMAC001

- 1  nicht bekannt
- 1  männlich
- 2  weiblich

**9. Welches ist Ihr Geburtsdatum?** VMAC005

Tag \_\_\_ Monat \_\_\_ Jahr 19\_\_\_

-1  nicht bekannt VMAC006

### F. DATEN

**Aus welcher Quelle stammen die Angaben des Austrittsfragebogens vorwiegend?** VMAD040

*nur eine Antwort möglich*

- 1  Angaben des Klienten/der Klientin
- 2  Angaben der behandelnden Person

**Austrittsfragebogen abgeschlossen?** VMAD050

*nur eine Antwort möglich*

- 1  ja
- 2  nein