

Substanzanamnese

Bitte tragen Sie alle Substanzen ein, die Sie jemals konsumiert haben (einschließlich Nikotin und Alkohol), auch einmaligen Konsum. **Danke!**

Substanz	
Erster Konsum (Jahr)	
Letzter Konsum (Datum)	
Entwicklung über die Zeit (Menge/ Häufigkeit)	
Suchtdruck?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kontrollverlust bzgl. Anfang, Ende, Menge des Konsums	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Konsumform (nasal/oral, iv, andere)	
Konsum alleine oder in Gesellschaft	

Substanz	
Erster Konsum (Jahr)	
Letzter Konsum (Datum)	
Entwicklung über die Zeit (Menge/ Häufigkeit)	
Suchtdruck?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kontrollverlust bzgl. Anfang, Ende, Menge des Konsums	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Konsumform (nasal/oral, iv, andere)	
Konsum alleine oder in Gesellschaft	

Substanz	
Erster Konsum (Jahr)	
Letzter Konsum (Datum)	
Entwicklung über die Zeit (Menge/ Häufigkeit)	
Suchtdruck?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kontrollverlust bzgl. Anfang, Ende, Menge des Konsums	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Konsumform (nasal/oral, iv, andere)	
Konsum alleine oder in Gesellschaft	

Substanzanamnese

Substanz	
Erster Konsum (Jahr)	
Letzter Konsum (Datum)	
Entwicklung über die Zeit (Menge/ Häufigkeit)	
Suchtdruck?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kontrollverlust bzgl. Anfang, Ende, Menge des Konsums	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Konsumform (nasal/oral, iv, andere)	
Konsum alleine oder in Gesellschaft	

Substanz	
Erster Konsum (Jahr)	
Letzter Konsum (Datum)	
Entwicklung über die Zeit (Menge/ Häufigkeit)	
Suchtdruck?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kontrollverlust bzgl. Anfang, Ende, Menge des Konsums	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Konsumform (nasal/oral, iv, andere)	
Konsum alleine oder in Gesellschaft	

Substanz	
Erster Konsum (Jahr)	
Letzter Konsum (Datum)	
Entwicklung über die Zeit (Menge/ Häufigkeit)	
Suchtdruck?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kontrollverlust bzgl. Anfang, Ende, Menge des Konsums	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Konsumform (nasal/oral, iv, andere)	
Konsum alleine oder in Gesellschaft	