

HAUSARZTZEUGNIS ZUM SUBSTANZKONSUM

Name, Vorname:

Geb.:

1. Anamnestische Angaben: Lag/liegt eine Suchtmittel-Problematik (Alkohol, Drogen, Medikamente) vor? **Falls ja**, bitte kurzer Bericht zur Anamnese, Therapie und Verlauf. Bestehen eine Substitutionstherapie und/oder eine psychotherapeutische Behandlung?

2. Angaben zum aktuellen Konsumverhalten: Art und Menge des Konsums von Alkohol, Drogen oder Medikamenten?

3. Bitte um Ergebnisse allenfalls durchgeführter Urinprobenkontrollen auf Cannabis:

Datum	Cannabis (pos/neg)	Datum	Cannabis (pos/neg)	Datum	Cannabis (pos/neg)

4. Dürfen wir um eine aktuelle Analyse von CDT, GOT, GPT, GGT und MCV bitten:

	CDT	Gamma-GT	GOT	GPT	MCV
Datum	Norm:	Norm:	Norm:	Norm:	Norm:

5. Welche Medikamente werden verordnet?

6. Sind verkehrsmedizinisch relevante Erkrankungen bekannt?

(z.B. Bewusstseinsstörungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, neurologische Erkrankungen, Epilepsie, Einschlafneigung, psychische Probleme, kognitive Defizite) **Wenn ja:** Angabe Diagnose, Verlauf, Komplikationen, ggf. Klinikbericht:

Für allfällige weitere Angaben bitten wir Sie, die Rückseite zu benutzen; wenn vorhanden bitte Kopien von relevanten Untersuchungs- bzw. Spitalberichten beilegen.

Ort/Datum:

Unterschrift/Stempel Hausarzt:

