

# Gesundheitsbefragung durch das Pflegepersonal bei Eintritt in den Freiheitsentzug

**NAME:**  
**Vorname:**  
**Geboren am:**

Gespräch geführt am:  
 Von:  
 Unterschrift:

PG*	1. Soziale Situation		Ja	Nein	Bemerkungen
<b>A</b> *	1.1	Nationalität			
	1.2	Gesprochene Sprache			
<b>B</b> *	1.3	Zivilstand	Auswirkung des Freiheitsentzugs auf das Paar?		
	1.4	Waren Sie bereits einmal in Haft?	Ja	Nein	Wo?
	1.5	Haben Sie Kinder?	Ja	Nein	Wie viele? Wer kümmert sich um sie?
<b>C</b> *	1.6	Haben Sie einen festen Wohnsitz?	Ja	Nein	Wo?
	1.7	Üben Sie eine Berufstätigkeit aus?	Ja	Nein	Welche?
			Ja	Nein	Zurzeit?

PG	2. Selbstbeurteilung	
<b>A</b>	2.1	Wie beurteilen Sie insgesamt Ihre Gesundheit <u>in den letzten zwei Wochen</u> ? <input type="checkbox"/> Hervorragend <input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Schlecht <input type="checkbox"/> Sehr schlecht <input type="checkbox"/> Keine Antwort

PG	3. Körperliche Gesundheit		Ja	Nein	Bemerkungen
<b>A</b>	3.1	Leiden Sie an einer chronischen Krankheit?	Ja	Nein	An welcher?
	3.2	Haben Sie Asthma?	Ja	Nein	Behandlung?
	3.3	Fühlen Sie sich zurzeit krank oder haben Sie Schmerzen?	Ja	Nein	In welchem Teil der Körpers? Handelt es sich um die Folge eines Unfalls?
	3.4	Haben Sie Allergien (Lebensmittel, Medikamente, Pollen, ...)?	Ja	Nein	Auf welche Stoffe? Wie äussert sich das bei Ihnen?
	3.5	Frau: Sind Sie schwanger?	Ja	Nein	Seit wann?
	3.6	Frau: Ist Ihre Menstruation regelmässig?	Ja	Nein	

PG	4. Erkennung von Tuberkulose		Ja	Nein	Bemerkungen
<b>A</b>	4.1	Leiden Sie an Husten?	Ja	Nein	
		Seit mehr als drei Wochen?	Ja	Nein	
	4.2	Falls ja: Haben Sie beim Husten Auswurf?	Ja	Nein	Blut?
	4.3	Haben Sie in den letzten drei Wochen Gewicht verloren?	Ja	Nein	Wie viele kg? Was ist Ihrer Ansicht nach der Grund?
	4.4	Schwitzen Sie nachts stark? Fühlen Sie sich fiebrig?	Ja	Nein	
	4.5	Waren Sie wegen Tuberkulose in Behandlung?	Ja	Nein	Wann? Wie lange?
	4.6	Hatte jemand aus Ihrer Familie oder Ihrem Umfeld Tuberkulose?	Ja	Nein	Wer?
4.7	Wo haben Sie in den letzten sechs Monaten gewohnt?				

PG	5. Psychische Gesundheit		Ja	Nein	Bemerkungen
<b>A</b>	5.1	Fühlen Sie sich sehr angespannt, ängstlich?	Ja	Nein	
	5.2	Waren Sie schon einmal bei einer Psychiaterin oder einem Psychologen in Behandlung?	Ja	Nein	Wann? Wo? Ihr/sein Name?
		Wegen welchem Problem? Hat Ihnen die Psychiaterin eine Diagnose mitgeteilt?			
		Haben Sie dafür Medikamente erhalten?	Ja	Nein	Welche?
		Waren Sie dafür in stationärer Behandlung?	Ja	Nein	Wann? Wo?
	5.3	Haben Sie irgendwann einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?	Ja	Nein	Zurzeit vorhandene Suizidgedanken?
<b>B</b>	5.4	Haben Sie sich im vergangenen Jahr körperliche Schmerzen zugefügt?	Ja	Nein	

<b>A</b>	5.5	Wissen Sie, ob der Richter eine besondere Entscheidung in Bezug auf Ihre medizinische Behandlung getroffen hat?	Ja	Nein	Massnahme? Welche?
<b>PG</b>	<b>6. Gewalt</b>		<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Bemerkungen</b>
<b>A</b>	6.1	Waren Sie kürzlich Gewalt <u>ausgesetzt</u> ?	Ja	Nein	
	6.2	Falls ja, ging die Gewalt von den Behörden aus?	Ja	Nein	Polizei, Begleit-, Wachpersonal, ...
<b>B</b>		Falls ja, ging die Gewalt von jemandem in Ihrer Familie oder Ihrem Umfeld aus?	Ja	Nein	Von wem?
<b>A</b>	6.3	Sind Sie damit einverstanden, dass sich eine Ärztin oder ein Arzt die Verletzungen ansieht?	Ja	Nein	
<b>B</b>	6.4	Haben Sie selbst kürzlich Gewalt <u>ausgeübt</u> ?	Ja	Nein	Wann?
<b>PG</b>	<b>7. Substanzmissbrauch</b>		<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Bemerkungen</b>
	<b>Tabak – Cannabis</b>				
<b>A</b>	7.1	Rauchen Sie mindestens <b>1 Zigarette</b> /Tag?	Ja	Nein	Wie viele?
	7.2	Haben Sie schon daran gedacht oder versucht, mit Rauchen aufzuhören?	Ja	Nein	
	7.3	Gebrauchen Sie mindestens 2x/Wo. <b>Cannabis</b> , wenn Sie nicht in Haft sind?	Ja	Nein	Wie oft? Wann zum letzten Mal?
	<b>Alkohol: Fragebogen AUDIT-C</b>				
<b>A</b>	7.4	Wie oft nehmen Sie Getränke zu sich, die <b>Alkohol</b> enthalten? <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> nie <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ≤ 1x/Monat <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 2-4x/Monat <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 2-3x/Woche <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> ≥ 4x/Woche			
	7.5	Wie viele Gläser trinken Sie in der Regel an den Tagen, an denen Sie Alkohol zu sich nehmen? <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> 1-2 <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> 3-4 <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 5-6 <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 7-9 <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> 10 oder mehr			
	7.6	Wie oft kommt es vor, dass Sie im Verlauf eines Anlasses sechs oder mehr Gläser trinken? <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> nie <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> < 1x/Monat <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1x/Monat <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 1x/Woche <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> > 1x/Woche			
		Übermässiger Konsum?	Ja	Nein	(Männer: ≥5; Frauen: ≥4 Punkte)
	7.7	Falls übermässiger Konsum: Wann haben Sie zuletzt Alkohol getrunken?			
	<b>Kokain – Opiate – Benzodiazepine – andere; Komorbiditäten</b>				
<b>A</b>	7.8	Haben Sie im Verlauf Ihres Lebens schon einmal <b>Kokain</b> konsumiert?	Ja	Nein	
		Wie (geschnupft, geraucht, injiziert)?	Ja	Nein	Eingegangenes Risiko (Infektionskrankheit)?
	7.9	Haben Sie in den letzten 30 Tagen Kokain konsumiert?	Ja	Nein	Wann zum letzten Mal?
	7.10	Haben Sie im Verlauf Ihres Lebens schon einmal <b>Heroin</b> oder <b>auf dem Schwarzmarkt beschafftes Methadon</b> konsumiert?	Ja	Nein	
		Wie (geschnupft, geraucht, injiziert, getrunken)?	Ja	Nein	Eingegangenes Risiko (Infektionskrankheit)?
	7.11	Haben Sie in den letzten 30 Tagen einen dieser Stoffe konsumiert?	Ja	Nein	Wann zum letzten Mal?
	7.12	Haben Sie eine Methadon- oder eine andere Substitutionsbehandlung erhalten?	Ja	Nein	Bis wann? Durch wen? OK für Kontaktaufnahme? (ENTBINDUNG VOM ARZTGEHEIMNIS!)
	7.13	Wurde bei Ihnen ein <b>Hepatitis</b> - oder ein <b>HIV</b> -Test durchgeführt?	Ja	Nein	Wann? Wo? OK für eine Kopie des Resultats? (ENTBINDUNG VOM ARZTGEHEIMNIS!)
	7.14	Sind Sie gegen Hepatitis geimpft?	Ja	Nein	Impfausweis?
	7.15	Nehmen Sie regelmässig <b>Beruhigungsmittel</b> (BZD) <u>ohne</u> ärztliche Überwachung ein, wenn Sie nicht in Haft sind?	Ja	Nein	Art der Beruhigungsmittel? Wie viel?
<b>B</b>	7.16	Konsumieren Sie regelmässig andere Substanzen, wenn Sie nicht in Haft sind?	Ja	Nein	Art der Substanz? Wie viel?

PG	8. Impfungen		Ja	Nein	Bemerkungen
C	8.1	Wissen Sie, ob Sie ausreichend geimpft sind?	Ja	Nein	
	8.2	Haben Sie einen Impfausweis?	Ja	Nein	Lässt Ausweis bringen?
	8.3	Möchten Sie Ihre Impfungen während Ihres Aufenthalts ergänzen lassen?	Ja	Nein	

PG	9. Täglich einzunehmende Medikamente				
A					
	9.1	Haben Sie Ihre Medikamente heute eingenommen/erhalten?	Ja	Nein	
	9.2	Sind Ihre Medikamente in Ihrem Gepäck?	Ja	Nein	

PG	10. Medizinische Behandlung				
A	10.1	Sind Sie in medizinischer Behandlung, wenn Sie nicht in Haft sind?	Ja	Nein	Bei wem? Wo?
	10.2	Gestatten Sie uns, ihn/sie zu kontaktieren, um ergänzende Informationen zu erhalten?	Ja	Nein	(ENTBINDUNG VOM ARZTGEHEIMNIS!)

11. Ergänzende Angaben					
<b>Resultate der klinischen Untersuchung</b>					
Puls	BD	T°	Gewicht	Grösse	BMI
Schmerzskala	Blutzucker				
Andere:					
<b>Im Rahmen der Befragung abgegebene Medikamente:</b>					
<b>Bemerkungen:</b>					

\* PG: Prioritätsgrad (A: muss zwingend für alle inhaftierten Personen in allen Institutionen ausgefüllt werden; B: empfohlen, C: fakultativ).