

**A 01 F Fragebogen Bewerbung für die Suchttherapie**

Bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen **persönlich** und so sorgfältig und vollständig wie möglich aus, damit wir uns ein umfassendes Bild von Ihnen machen können.

**Erst dann werden wir über eine Aufnahme entscheiden und Ihnen diese Entscheidung bei Ihrer nächsten telefonischen Meldung mitteilen.**

**1. Angaben zur Person:**

Name:	Vorname:	Geb.am:	Geburtsort:	
Straße:	PLZ/Wohnort:	Geschlecht: O männl. O weibl.	Bundesland:	
Telefon/Handy: 1. 2.	Staatsangehörigkeit:  <u>Ich spreche u. verstehe</u> O gut O mäßig O wenig Deutsch	Familienstand: O ledig O verheiratet O geschieden O getrennt <u>Aktuelle Partnerschaft</u> O ja / seit: O nein	Kinder: O ja Anzahl: Alter: / / /  O nein	
Mailadresse:				
Zuletzt wohnhaft:	O eigene Wohnung O ohne Wohnung	O bei Partner O sonstiges	O bei Eltern	
Finanzielle Verhältnisse:	<u>Arbeitslosengeld</u> I O ja / seit: O nein	<u>Hartz IV (ALG</u> II) O ja / seit: O nein	<u>Krankengeld</u> O ja / seit: O nein	<u>Sonstiges</u> O ja / seit: O nein
Krankenkasse:				

**2. Schulischer/berufl. Werdegang**

Schulabschluss:	O Sonderschule	O Realschule	O Studium
	O Hauptschule	O Abitur	O ohne
Ausbildung:	O abgeschlossen als:	O nicht abgeschlossen als:	O ohne
	Von – bis:	Von – bis:	
Zuletzt ausgeübter Beruf / Tätigkeit (Job):			
Von – bis:			
Derzeit:	O ungekündigt tätig	O krankgeschrieben seit:	
	O selbständig	O arbeitslos seit:	

**3. Drogenkonsum (einschl. Substitutionsmittel)**

Suchtmittel:	Tagesdosis:	Von (Jahr)	Bis (Jahr)
1.			
2.			
3.			

verantwortlich	Freigabe Klinikleitung	Version	Datum	Seite
<i>Th. Kläger</i>		1.0	01.06.2012	1/3

**Peers Hoop - Fachklinik für Suchtrehabilitation**

Westerstraße 2-4, 24969 Sillerup

Tel: 040-2000107300 Fax: 040-2000107301 www.fachklinik-peers-hoop.de

therapie  
hilfe  
e.v.

4.			
Im Substitutionsprogramm:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / seit:	

<b>Drogenberatung:</b>	Berater/in:	
Straße:	PLZ / Ort:	
Telefon:	Kostenträger Therapie	

**4. Medizinische/Therapeutische Maßnahmen**

Entgiftungen	Anzahl gesamt:	Anzahl regulär beendet:	
Therapien	Anzahl gesamt:	Anzahl regulär beendet:	
Letzte stat. Therapie	Von:	Bis:	Wo:
Drogenfreie/cleane Zeiten außerhalb von Institutionen in den letzten 3 Jahren	Von:	Bis:	
	Von:	Bis:	
	Von:	Bis:	
Aktuell drogenfrei/clean	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / seit:	

**5. Haftstrafen/Gerichtliche Auflagen**

Zur Zeit in Haft:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / seit:	wegen:
Frühere Haftstrafen	Von:	Bis:	aufgrund:
Haftzeit insgesamt:	..... Jahre ..... Monate		
Offenes Verfahren:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / Weshalb?	
Gerichtliche Auflage zur stat. Therapie oder ist eine geplant ? (z.B. §35 BtmG)	<input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja Ggf. welche?	Andere Auflagen (z.B. durch ARGE, Arbeitgeber)? <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja, ggf. welche?	

**6. Derzeitige gesundheitliche Verfassung**

Gesundheitliche Verfassung:			
Aktuelle/chronische Erkrankungen:			
Essstörungen			
Allergien etc. (Evtl. Extrablatt):			
Medikamenteneinnahme (ärztl. verordnete):	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / welche:	
Psychiatrieaufenthalte	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / wann / Warum, Diagnose:	

verantwortlich	Freigabe Klinikleitung	Version	Datum	Seite
<i>77 Kläger</i>		1.0	01.06.2012	2/3

**7. Besondere Wünsche**

Paartherapie	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja / Name Partner/in: Kostenübernahme für Partner/in beantragt: <input type="radio"/> nein / <input type="radio"/> ja, Kostenträger?
Mitaufnahme Hund:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja (weiteres im beigefügten Fragebogen „Mitaufnahme eines Hundes“)

Bitte legen Sie diesem Fragebogen einen ausführlichen Lebenslauf bei und teilen Sie uns darüber hinaus bitte mit, was wir vielleicht noch von Ihnen wissen sollten (z.B. wo die Entgiftung geplant ist usw.)!

Wir weisen darauf hin, dass unrichtige Angaben (auch nach Behandlungsantritt) später zu einer Entlassung führen können.

**Bitte Fragebogen + Lebenslauf zurücksenden an:**

Fachklinik Peers Hoop

Aufnahme

Westerstraße 2-4

254969 Sillerup

oder per Fax: 040-2000107301

verantwortlich	Freigabe Klinikleitung	Version	Datum	Seite
		1.0	01.06.2012	3/3