



Bewerbungsfragebogen DO IT! - Aufnahme

Familienname:.....Vornamen:.....
geb.

am:.....in:.....Geburtsname:.....

Anschrift:.....Ort/PLZ:.....

Letzte Meldeanschrift:.....Ort/PLZ/Kreis:.....

Staatsangehörigkeit:..... Aufenthaltserlaubnis gültig bis:.....

Familienstand: ledig verheiratet geschieden getrennt Kinder: ja nein Anzahl: __

Wohnverhältnisse: habe eigene Wohnung lebe in WG bei Eltern/Partner Obdachlos

Ehe/Partnerschaft:

Habe keine/n Partner/in Habe eine/n Partner/in Die Partnerschaft besteht
seit:.....

Ist der/die Partner/in ebenfalls abhängig? nein ja von:..... (welchen
Stoffen)

Ich wünsche mir eine Paartherapie im Do it! nein ja

Mein/e Partner/in macht eine Therapie in der Einrichtung (Name/Anschrift):
.....

Anschrift /Drogenberatungsstelle:.....

Name des Beraters/in:.....Tel:.....

Schulbildung:..... abgeschlossen: ja nein

Berufsbildung:..... abgeschlossen: ja nein

Studium:..... abgeschlossen: ja nein

Haftbefehl: nein ja wie lange ? z. Zt. in Haft? ja nein

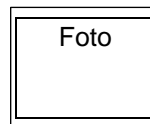
Letztes Arbeitsverhältnis: von.....bis.....als.....

Arbeitgeber:.....

Arbeitslos? seit.....Ich bekomme ALG I ALG II Soziale Sicherung

Krankenkasse:..... Ich beziehe Krankengeld: nein ja seit:

Erhalte Taschengeld seit von Amt/Dienststelle:



Gesundheitsbild

Haben Sie körperliche Erkrankungen: nein ja

Sind Sie deswegen zurzeit in Behandlung? nein ja bei:

Welche Erkrankungen:

Welche Behandlung:.....

Psychiatrieaufenthalte (wegen psychiatrischer Erkrankung z.B. Depression, ADHS, Psychose)

nein ja Wann?.....

Warum/Diagnose?.....

Ambulante Behandlung einer psychiatrischen Erkrankung (Hausarzt, Psychiater etc.) nein ja

Wenn ja - welche Erkrankungen:

und welche Behandlung :.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? nein ja

Welche?.....

In welcher Dosierung?.....Diagnose:.....

Haben Sie Allergien? nein ja Welche?

Besteht eine anerkannte Erwerbsminderung: nein ja Wenn ja, wie viel %

Cleanstatus und Abhängigkeit

Sind Sie im Moment clean? ja nein Wenn nein, was konsumieren Sie und in welcher Dosierung?.....

Abhängigkeitsdauer:.....Jahre, Suchtmittel:

Werden Sie aktuell substituiert? nein ja Wenn ja, mit welchem Substitut?.....

In welcher Dosis werden Sie Substituiert?

Seit wann werden sie substituiert?

Haben Sie Beikonsum? nein ja Wenn ja, welche Stoffe?

Haben Sie stoffungebundene Süchte (Pornographie, PC-Konsum, Spielen, Essstörungen)?.....

Wo werden Sie entgiftet (Krankenhaus etc.)?.....

Ist das Ihre erste Entgiftung? nein ja Wie viele Entgiftungen bisher ?..... (Anzahl)

Haben Sie bereits Therapieerfahrung? nein ja Wenn ja, wann? von.....bis

In der Fachklinik Do it! , andere Einrichtung:.....

Wer ist Ihr Kostenträger?(Name).....VN:.....

Bei Therapieerfahrung (Bitte den Entlassungsbericht der Einrichtung/en für uns anfordern).

Schilderung der Therapieerfahrung unter den Gesichtspunkten:

Was hat Ihnen gut gefallen, was hat Ihnen weniger gut gefallen?

Welchen Inhalt hatte die Therapie (Psycho-/Gestalttherapie, Arbeitstherapie/Ergotherapie etc.)? Haben Sie sich in der Gruppe wohl gefühlt oder eher weniger wohl?

Wer oder was motiviert Sie hier im Do it! Therapie zu machen und was ist Ihr persönliches Therapieziel?

Wie wurden Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam (Empfehlung etc.)?