

Fragebogen zur Bewerbung für die Kurzzeittherapie in der Fachklinik Bokholt

Bitte den nachfolgenden Fragebogen **persönlich** und so sorgfältig und vollständig wie möglich ausfüllen, 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:		Kreis:
Telefon: 1. 2.	Staatsangehörigkeit:	Familienstand:	Kinder: O ja Anzahl: / / / Alter: / / /
	Geschlecht: O M O W	Aktuelle Partnerschaft O ja / seit:	
Mailadresse:	Ich spreche u. verstehe O gut O mäßig O wenig Deutsch	Name: O nein	O nein
Zuletzt wohnhaft:	<input type="checkbox"/> eigene Wohnung	<input type="checkbox"/> bei Partner	<input type="checkbox"/> bei Eltern
	<input type="checkbox"/> ohne Wohnung	<input type="checkbox"/> sonstiges	
Eltern:	<input type="checkbox"/> zusammen lebend	<input type="checkbox"/> getrennt seit:	
verstorben:	<input type="checkbox"/> Vater, Jahr	<input type="checkbox"/> Mutter, Jahr	
Geschwister/ Alter:	1.	2.	3.
	4.	5.	6.

2. Schulischer/berufl. Werdegang

Schulabschluss:	<input type="checkbox"/> Abitur	<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> Hauptschule
	<input type="checkbox"/> Studium	<input type="checkbox"/> Sonderschule	<input type="checkbox"/> ohne
Ausbildung:	<input type="checkbox"/> abgeschlossen als:	<input type="checkbox"/> nicht abgeschl. als:	<input type="checkbox"/> ohne
Zuletzt ausgeübter Beruf:			
Arbeitsver- hältnisse:	1.	Von:	Bis:
	2.		
	3.		
	4.		
Derzeit:	<input type="checkbox"/> ungekündigt tätig	<input type="checkbox"/> krank seit:	
	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> arbeitslos seit:	
Zufrieden mit der berufl. Situation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein:			

3. Drogenkonsum (einschl. Substitutionsmittel)

Suchtmittel:	Tagesdosis:	Von (Jahr)	Bis (Jahr)
1.			
2.			
3.			
4.			

Drogenberatung:		Berater/in:	
Straße:		PLZ / Ort:	
Telefon:		Fax:	
Zuständige Rentenversicherung für Rehamaßnahme:			

4. Medizinische/Therapeutische Maßnahmen

Entgiftungen	Anzahl ges.:	Anzahl abgebr.:	Davon bei uns:	Anzahl abgebr.:
Therapien	Anzahl ges.:	Anzahl abgebr.:	Davon bei uns:	Anzahl abgebr.:
Letzte stat. Therapie	Von:	Bis:	Wo:	
Letzte amb. Therapie	Von:	Bis:	Wo:	
Cleanzeiten außerhalb von Institutionen in den letzten 3 Jahren	Von:	Bis:		
	Von:	Bis:		
	Von:	Bis:		

5. Haftstrafen/Gerichtliche Auflagen

Zur Zeit in Haft: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, seit: _____ wegen: _____			
Frühere Haftstrafen	Von:	Bis:	aufgrund:
Haftzeit insgesamt: Jahre Monate		
Offenes Verfahren:	<input type="radio"/> ja Weshalb?		<input type="radio"/> nein
Gibt es eine gerichtliche Auflage zur stationären Therapie oder ist eine geplant? (z.B. §35 BtmG)	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein Ggf. welche?	Gibt es andere Auflagen (z.B. durch ARGE, Arbeitsgeber, Straßenverkehrsamt)? <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein, ggf. welche?	

6. Derzeitige gesundheitliche Verfassung

Gesundheitliche Verfassung:	
Aktuelle/chronische Erkrankungen:	
Essstörungen etc. (Evtl. Extrablatt):	
Medikamenteneinnahme (auch ärztl. verordnete):	

7. Bitte nehmen Sie zu folgenden Fragen ausführlich (pro Frage 1 DIN A 4 Blatt!) Stellung!

- Warum glauben Sie, dass eine Kurzzeittherapie (statt einer Langzeittherapie) in Ihrem Falle ausreichen wird?
- Welche persönlichen Probleme könnten evtl. in einem Zusammenhang mit Ihrem Drogenproblem stehen?

Teilen Sie uns darüber hinaus bitte mit, was wir vielleicht noch von Ihnen wissen sollten!
(z.B. wo die Entgiftung geplant ist, wenn nicht in Bokholt usw.)

*Wir weisen darauf hin, dass unrichtige Angaben (auch nach Behandlungsantritt) zur Entlassung führen können.

Bitte zurücksenden an:

Fachklinik Bokholt, Aufnahme

Hanredder 30-32, 25335 Bokholt-Hanredder

per Fax: 040-200010 9091

per E-Mail: info@fachklinik-bokholt.de