

## **BEWERBUNGSBOGEN ADAPTION**

Bitte deutlich schreiben! 😊

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geb.-ort: \_\_\_\_\_

Meldedresse: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Kinder: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit/ Aufenthaltsstatus: \_\_\_\_\_

Leistungsträger: \_\_\_\_\_

Krankenversicherungsschutz: ja  nein

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Aktuelle Klinik: \_\_\_\_\_ seit wann: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner\_in Klinik: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Gewünschtes Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_

Sind Sie derzeit in einer Substitutionsbehandlung?:

---

Haben Sie eine Behandlungsaufgabe?:

---

## SOZIALE SITUATION

Welches Einkommen haben Sie derzeit? \_\_\_\_\_

Haben Sie noch eine Wohnung? \_\_\_\_\_

Haben Sie (drogenfreie) Bezugspersonen?

Wer sind diese Menschen?

\_\_\_\_\_

Haben Sie Schulden?

Höhe? \_\_\_\_\_ Regulierung? \_\_\_\_\_

Haben Sie noch einen Arbeitsplatz? Als was und wo?

\_\_\_\_\_

Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

\_\_\_\_\_

Haben Sie eine Berufsausbildung? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie in Ihrem Beruf gearbeitet?

\_\_\_\_\_

Haben Sie in anderen Bereichen gearbeitet?

\_\_\_\_\_

Haben Sie einen Führerschein?

---

Haben Sie eine gesetzliche Betreuung?

Name und Adresse:

---

Haben Sie eine Schwerbehinderung oder eine Erwerbsminderung?

---

## **STRAFRECHTLICHE SITUATION**

Waren Sie bisher in Haft? Wo und wie lange?

---

---

---

Wie viel Haftzeit steht derzeit noch offen? \_\_\_\_\_

Haben Sie derzeit noch offene Verfahren? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Behandlungsaufgabe von der Justiz? \_\_\_\_\_

## **GESUNDHEITLICHE SITUATION**

Welche Drogen haben Sie zuletzt konsumiert?

---

Welche Drogen haben Sie in Ihrem Leben konsumiert?

---

Weitere physische Erkrankungen neben der Sucht (z.B. Hepatitis, HIV, Diabetes, Bluthochdruck, chronische Schmerzen, .....):

---

Weitere psychische Erkrankungen neben der Sucht (z.B. Depression, Angst, Psychose, ADHS, .....):

---

Behinderungen:

---

Derzeitige Medikamenteneinnahme:

---

---

---

---

Bisherige Suchttherapien (wo, wann, wie lange):

---

---

---

---

---

---



