

Name:

Geb.-Datum:

Bewerberfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie interessieren sich für eine Adaptionshausbehandlung in unserem Haus. Bitte füllen Sie in Vorbereitung auf das Vorstellungsgespräch den nachfolgenden Fragebogen aus.

Senden Sie den **vollständig** ausgefüllten Fragebogen bitte an unsere Postanschrift oder unsere Faxnummer: 0385 61717-29 zurück.

Vielen Dank!

Name/Vorname:

Geburtsdatum/ Ort:

Handynummer:

E-Mail:

Ich bewerbe mich im Adaptionshaus mit:

Kind Name/geb. am:

Partner Name/geb. am:

Haustier welches?/Name

Jetzige Einrichtung (Name, Anschrift und Telefonnummer):

.....
.....

Bezugstherapeut/in (Name und Telefonnummer):

Sozialdienst (Name und Telefonnummer):

Arzt (Name und Telefonnummer):

Voraussichtliches Therapieende (Entlassungstermin):

Name, Anschrift und Telefonnummer des Kostenträgers der Therapie (DRV, Sozialamt, Krankenkasse?):

.....
.....
.....

Geben Sie bitte an, welche Suchtmittel Sie konsumiert haben und wie lange Sie die jeweiligen Suchtmittel konsumiert haben. Was war Ihr Hauptsuchtmittel?

Hauptsuchtmittel	Dauer des Konsums (von-bis)	Tagesmenge
------------------	-----------------------------	------------

.....
.....

Name:	Geb.-Datum:
-------	-------------

Weitere Suchtmittel	Dauer des Konsums (von-bis)	Tagesmenge
.....
.....
.....

Tabak:

Angaben zu bisherigen Behandlung wegen Ihrer Suchterkrankung:

Art der Behandlung (z.B. Entgiftung, Therapie)	von-bis	Name der Einrichtung
.....
.....
.....
.....
.....

Aktuelle Behandlungsdiagnosen (alle):

.....
.....
.....
.....

Angaben zu anderen Vorerkrankungen/ Diagnosen:

.....
.....
.....
.....

Angaben zu psychischen Vorerkrankungen/ Diagnosen:

.....
.....
.....

Welche Medikamente nehmen Sie?

.....
.....

Ist während der Adaption eine med. Behandlung von 14 Tagen oder länger geplant?

nein ja, welche?

Name:

Geb.-Datum:

Angaben zur bisherigen beruflichen Laufbahn:

Schulabschluss: wann?.....

Berufsausbildung..... wann?.....

In welchem Bereich haben Sie zuletzt gearbeitet?

Arbeitgeber (Name, Anschrift)?

von-bis

Sind Sie aktuell noch im Arbeitsverhältnis, arbeitslos oder krankgeschrieben?

Wann erfolgte die Arbeitslosmeldung?

Eine berufliche Erprobung (Praktikum) ist ein Schwerpunkt der Adaptionshausbehandlung.

Wünschen Sie ein Praktikum

im erlernten Beruf

oder eine berufliche Neuorientierung?

Geben Sie bitte grundsätzlich drei Vorschläge an.

1.

2.

3.

Haben Sie Einschränkungen im beruflichen Bereich (körperliche und psychische Belastbarkeit)? Wenn ja, welche?

Wurde eine berufliche Reha-Beratung in Anspruch genommen?

ja wann? nein

Wurde bereits ein Antrag auf berufliche Rehabilitationsleistungen gestellt?

ja wann? nein

Name:

Geb.-Datum:

Benennen Sie bitte die Ziele für Ihre Adaptionstherapie

in Bezug auf Ihre Suchterkrankung:

.....
.....
.....

in Bezug auf Ihre beruflichen Vorstellungen:

.....
.....
.....

in Bezug auf Ihre Wohnsituation:

.....
.....
.....

In welchem Ort möchten Sie nach der Adaptionstherapie wohnen?

Schwerin oder

in Bezug auf Ihre Freizeitgestaltung:

.....
.....
.....

in Bezug auf Ihre Beziehungen zu Freunden, Bekannten, Familie:

.....
.....
.....

Bestehen Schulden?

Höhe: davon Mietschulden:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!
Das Team des Adaptionshauses
„Am Ostorfer See“