



## Suchtnachsorge

### BEWERBUNGSBOGEN

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Geburtsort:</b>	
<b>Nationalität:</b>	
<b>Telefonnummer:</b>	
<b>Kostenträger der aktuellen Therapie</b>	
<b>Versicherungsnummer bei Kostenträger:</b>	
<b>Aktuelle Einkommensart und -höhe:</b>	
<b>Schulden:</b>	
<b>Einkommensart vor Therapie:</b>	
<b>Krankenversichert über:</b>	
<b>Wer sollte im Falle eines Notfalles informiert werden?</b>	(Name, Anschrift, Telefon)
<b>Besteht Kontakt zu den Eltern</b>	<b>Ja: <input type="checkbox"/></b> <b>Nein: <input type="checkbox"/></b>
<b>zu den Geschwistern</b>	<b>Ja: <input type="checkbox"/></b> <b>Nein: <input type="checkbox"/></b>

**Zu Ihrer Lebenssituation:**

<b>Familienstand:</b>	
<b>Falls geschieden oder getrennt lebend: seit wann?</b>	
<b>Besteht Kontakt zu Ehepartner/in?</b>	<b>Ja:</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein:</b> <input type="checkbox"/>
<b>Falls nein, ist der Kontakt erwünscht?</b>	<b>Ja:</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein:</b> <input type="checkbox"/>
<b>Leben Sie in einer partnerschaftlichen Beziehung?</b>	<b>Ja:</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein:</b> <input type="checkbox"/>
<b>Haben Sie Kinder? Wenn ja – wie viele?</b>	<b>Ja:</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein:</b> <input type="checkbox"/> <b>Wie viele:</b>
<b>Haben Sie Kontakt zu den Kindern?</b>	<b>Ja:</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein:</b> <input type="checkbox"/>
<b>Falls nein – ist der Kontakt gewünscht?</b>	<b>Ja:</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein:</b> <input type="checkbox"/>
<b>Falls Sie in eigener Wohnung wohnten, besteht diese Wohnung noch?</b>	<b>Ja:</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein:</b> <input type="checkbox"/>
<b>Adresse letzter Wohnsitz</b>	
<b>Sind Sie vorbestraft? Wenn ja – warum?</b>	<b>Ja:</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein:</b> <input type="checkbox"/>
<b>Haftzeiten von - bis</b>	
<b>Stehen Sie aktuell unter Bewährung / Führungsaufsicht?</b>	<b>Ja:</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein:</b> <input type="checkbox"/>

<b>Falls ja – wie lange noch?</b>	
-----------------------------------	--

### Zu Ihrer Suchtgeschichte -Aktuelle Therapie:

<b>Von welchen Suchtmitteln sind Sie abhängig?</b>	
<b>Welche Beratungsstelle hat Sie in Therapie vermittelt?</b>	
<b>In welcher Fachklinik sind Sie momentan?</b>	
<b>Aufnahmetermin in der Fachklinik:</b>	
<b>Entlass-Termin in der Fachklinik:</b>	
<b>Ansprechperson in der Fachklinik:</b>	
<b>Wurde die Therapie freiwillig angetreten?</b>	<b>Ja: <input type="checkbox"/>      Nein: <input type="checkbox"/></b>
<b>Wenn nein, welche Auflage liegt vor?</b>	

### Frühere Behandlungen

<b>Entgiftung</b>	
<b>Waren Sie zur Entgiftung im Krankenhaus?</b>	<b>Ja: <input type="checkbox"/>      Nein: <input type="checkbox"/></b>
<b>Wie oft?</b>	<b>Gesamtzahl:</b>

### Frühere Behandlungen

<b>Haben Sie bereits früher stationäre oder ambulante Therapien durchgeführt?</b>	<b>Ja: <input type="checkbox"/>      Nein: <input type="checkbox"/></b>
---	---

<b>Von - bis</b>	
<b>Wo?</b>	
<b>Weshalb?</b>	
<b>Regulär entlassen</b>	<b>Ja: <input type="checkbox"/>    Nein: <input type="checkbox"/></b>
<b>Anzahl der Therapien:</b>	
<b>Haben Sie bereits längere Zeit abstinent gelebt?</b>	<b>Ja: <input type="checkbox"/>    Nein: <input type="checkbox"/></b>
<b>Von - bis</b>	
<b>Waren Sie in psychiatrischer Behandlung?</b>	<b>Ja: <input type="checkbox"/>    Nein: <input type="checkbox"/></b>
<b>Stationär oder Ambulant?</b>	
<b>Von - bis</b>	
<b>Wo?</b>	
<b>Weshalb?</b>	
<b>Suizidversuche</b>	<b>Ja: <input type="checkbox"/>    Nein: <input type="checkbox"/></b>
<b>Wann?</b>	

### Zu Ihrer Arbeitssituation

<b>Welcher Schulabschluss</b>	
<b>Wann?</b>	
<b>Ausbildung</b>	<b>Ja: <input type="checkbox"/>    Nein: <input type="checkbox"/></b>
<b>Ausbildungsberuf</b>	
<b>Beruflicher Werdegang</b>	
<b>Welche Unterstützung brauchen Sie, um im Arbeitsleben wieder Fuß zu fassen?</b>	

<b>Sind frühere Arbeitsverhältnisse gescheitert?</b>	<b>Ja: <input type="checkbox"/>    Nein: <input type="checkbox"/></b>
<b>Wenn ja, nennen Sie Gründe dafür:</b>	
<b>Werden Sie arbeitsfähig entlassen?</b>	<b>Ja: <input type="checkbox"/>    Nein: <input type="checkbox"/></b>

### **Ziele, Veränderungswünsche**

**Was war in der jetzigen Therapie für Sie hilfreich?**

**Welche Dinge in Ihrem Denken und Handeln wollen Sie zukünftig verändern?**

**Welche Ziele streben Sie in der Nachsorgebehandlung?**

**Welche Unterstützungen brauchen Sie dabei?**

**Vielen Dank für Ihr Vertrauen!  
Selbstverständlich werden Ihre Angaben von uns gemäß den  
Datenschutzbestimmungen behandelt.**

---

**Ort und Datum**

**Unterschrift**