

## Fragebogen für Therapieplatzbewerber



Wir freuen uns, dass Sie sich für eine Behandlung bei ADV Nokta interessieren!

Um entscheiden zu können, ob unser therapeutisches Angebot zu Ihnen und Ihren individuellen Problemlagen passt, brauchen wir eine Reihe von Informationen von Ihnen.

Bitte beantworten Sie unseren Fragebogen so genau wie möglich. Bei Schwierigkeiten bei der Beantwortung der Fragen, wenden Sie sich bitte an Ihre/n Drogenberater\*in oder an Ihre/n Sozialarbeiter\*in.

Bitte übersenden Sie den ausgefüllten Fragebogen an uns:

- per Fax: 030 862 02 710
- per Mail: [nokta@adv-suchthilfe.de](mailto:nokta@adv-suchthilfe.de)
- oder per Post: ADV Nokta, Spreealallee 3b in 14050 Berlin

Vielen Dank!

Ihr Nokta-Team

Der Fragebogen steht Ihnen zum Download unter <https://www.adv-suchthilfe.de/fachkliniken/adv-nokta/> zur Verfügung.

Freigegeben durch BL	Verfasser*in	Seite 1 von 6
26.07.2023	Dominique Prcic	Stand: 26.07.2023

## Fragebogen für Therapieplatzbewerber

### Persönliche Daten

Name: ..... Vorname: .....

Straße / Hausnr.: .....

Postleitzahl/ Ort: ..... E-Mail/ Tel.: .....

Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....

Staatsbürgerschaft: .....

Familienstand: ..... Krankenkasse: .....

Sprachkenntnisse: .....

Deutschkenntnisse:  gut  ausreichend  schlecht

Lesen/Schreiben:  ja  nein  nur Muttersprache

### Kontakt Daten Suchtberatungsstelle

Name der Suchtberatungsstelle: .....

Ansprechpartner\*in: .....

### Fragen zur aktuellen Lebenssituation

In welcher Wohnform leben Sie aktuell? (Eigene Wohnung, Wohnheim, etc.):

.....

Mit wem leben Sie zusammen?

.....

Haben Sie einen Partner/ eine Partnerin?

.....

Haben Sie Kinder? Wenn ja, wie viele? Besteht Kontakt?

.....

Freigegeben durch BL 26.07.2023	Verfasser*in Dominique Prcic	Seite 2 von 6 Stand: 26.07.2023
------------------------------------	---------------------------------	------------------------------------

**Haben Sie weitere soziale Kontakte (Familie, Freunde, Bekannte)?**

.....

**Rechtliche Situation**

**Befinden Sie sich derzeit in Haft?**  ja  nein

**Adresse JVA:** .....

**Gruppenleitung/ Sozialarbeiter\*in:** .....

**Wie oft waren Sie bereits in Haft?** .....

**Haben Sie einen Antrag auf §35 BtmG gestellt?**  ja  nein

**Haben Sie aktuell noch offene Verfahren?**  ja  nein

**Wenn ja, ist eine Verhandlung angesetzt?**

.....

**TE:** .....

**Haben Sie eine/n Bewährungshelfer\*in?**  ja  nein

**Wenn ja, bitte Kontaktdaten angeben:** .....

**Aktueller Aufenthaltsstatus:**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> unbefristeter Aufenthalt | <input type="checkbox"/> befristeter Aufenthalt | <input type="checkbox"/> Duldung          |
| <input type="checkbox"/> Fiktionsbescheinigung    | <input type="checkbox"/> abgelaufene Duldung    | <input type="checkbox"/> im Asylverfahren |
| <input type="checkbox"/> Arbeitserlaubnis         | <input type="checkbox"/> Wohnsitzauflage        |   |

**Bis wann ist das Aufenthaltsdokument gültig?** .....

**Falls vorhanden hier bitte Kontaktdaten, Name, Adresse, Telefonnummer, des gesetzl. Betreuer/ der Betreuerin angeben:**

.....

**Betreuungsbereiche:** .....

**Finanzielle Situation**

**Wovon bestreiten Sie Ihren aktuellen Lebensunterhalt? (ALG-I, ALG-II, Arbeit, Sozialamt, etc.):**

.....

**In welcher Stadt oder in welchem Bezirk haben Sie zuletzt Leistungen bezogen?**

.....

**Medizinische Situation**

**Haben Sie bekannte körperliche oder psychische Erkrankungen, Beschwerden oder Beeinträchtigungen? (z.B. Hepatitis, HIV, Diabetes, Depression, Schlafstörung, Schwerbehinderung, etc.)**

.....

**Bekommen Sie aktuell Medikamente? (bei Medikation bitte einen Medikationsplan übersenden)**

.....

**Sind Sie aktuell substituiert?**  ja  nein

**Wenn ja, seit wann?** .....

**Haben Sie aktuell Beikonsum?**  ja  nein

**Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung?**  ja  nein

**Wenn ja, bitte nennen Sie uns die Kontaktdaten:** .....

**Haben Sie Therapieerfahrung?**  ja  nein

**Wenn ja, bitte ausfüllen:**

Jahr von .... bis...	Behandlungsart, Klinikname	ambulant/ stationär	Grund der Beendigung

**Schulische und berufliche Situation**

**Haben Sie einen Schulabschluss?**  ja  nein

**Wo haben Sie den Schulabschluss erworben?**

.....

**Haben Sie einen Beruf erlernt?**  ja  nein

**Wenn ja, welchen Beruf haben Sie erlernt?** .....

**Suchtmittelkonsum**

**Seit wann sind Sie drogenabhängig?**.....

**Welche Droge würden Sie als Ihre „Hauptdrogen“ bezeichnen?**

- Cannabis  Kokain  Crystal Meth  Tramadol
- Tilidin  LSD  Heroin  GHB/GBL
- Medikamente  Alkohol
- Sonstige:.....

**Gab es Zeiten, in denen Sie keine Drogen (inkl. Alkohol) konsumiert haben?**

ja  nein

**Wenn ja, aus welchen Grund haben Sie in dieser Zeit drogen- bzw. alkoholfrei gelebt?**

.....

.....

.....

**Haben Sie in der Vergangenheit eine Entgiftung gemacht?**  ja  nein

**Wenn ja, wann und wo?**

.....

**Therapiemotivation**

**Warum interessieren Sie sich gerade jetzt für eine Therapie bei ADV Nokta?**

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

**Welche Ziele, Wünsche, Erwartungen verbinden Sie mit der Therapie?**

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

Wie sind Sie auf ADV Nokta aufmerksam geworden?

- Internet                       Empfehlung                       Krankenhaus  
 Drogenberatung               Flyer  
 Sonstige:.....

Hiermit bestätige ich, dass ich die oben gemachten Angaben nach besten Wissen ausgefüllt habe.

Datum.....

Unterschrift.....

Freigegeben durch BL	Verfasser*in	Seite 6 von 6
26.07.2023	Dominique Prcic	Stand: 26.07.2023