

Sehr geehrte Bewerberin,

sehr geehrter Bewerber,

Wir freuen uns, dass Sie sich für eine Adaptionbehandlung in unserer Einrichtung interessieren.

Um sich einen persönlichen Eindruck über unser Haus und unser Programm zu verschaffen, können Sie gern ein Informationsgespräch in unserem Haus wahrnehmen und sich die Räumlichkeiten ansehen.

Falls Sie eine längere Anreise haben, besteht die Möglichkeit, nach Absprache mit uns, in einem unserer Apartments zu übernachten.

Für Ihre Bewerbung füllen Sie bitte den Fragebogen aus, der uns die nötigen sachlichen Informationen liefert.

Senden Sie uns diesen Bewerbungsbogen bitte ausgefüllt zurück:

**per Fax: (030) 60 97 82 30**

**per Email: [aufnahme@adv-suchthilfe.de](mailto:aufnahme@adv-suchthilfe.de)**

**per Post: ADV – F42, Flughafenstr. 42, 12053 Berlin**

Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihren Arzt/ihre Ärztin oder Bezugstherapeut\*in oder an die zuständigen Mitarbeiter\*innen im Sozialdienst Ihrer Klinik.

Sie können sich auch gern telefonisch an uns wenden (Tel. 030- 609 782 - 0)

Vielen Dank!

Ihr F42- Team

*Dieser Bewerbungsbogen steht Ihnen zum Download zur Verfügung unter: [www.adv-suchthilfe.de](http://www.adv-suchthilfe.de)  
→ „Adaption F42“ → „Fragebogen für Adaptionbewerber\*innen“ → „hier ausdrucken und ausfüllen“*

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

Handy: \_\_\_\_\_ Festnetz: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Kinder (Anzahl & Alter) \_\_\_\_\_

Partnerschaftliche Situation:

---

Staatsangehörigkeit/ evtl. Aufenthaltsstatus

---

Derzeitige Klinik  
(genaue Anschrift) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bezugstherapeut (in)  
(Name/ Telefonnr./ Email) \_\_\_\_\_

Sozialdienst  
(Name/ Telefonnr./ Email) \_\_\_\_\_

Ärztin/Arzt  
(Name/ Telefonnr./ Email) \_\_\_\_\_

Kostenträger der Therapie und damit der Adaptionbehandlung (DRV je nach Region, Krankenkasse oder Sozialamt). Bitte die Region der DRV immer angeben.

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift)

Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Krankenkasse/ (Anschrift) \_\_\_\_\_

Krankenkassen-Mitgliedsnummer.: \_\_\_\_\_

**Bitte geben Sie Ihren genauen Entlassungstermin aus der Klinik an:**

\_\_\_\_\_ (Datum)

**Es folgen nun einige Fragen zu Ihrem Wunsch nach einer Adaptionbehandlung und Ihren Zielen.**

Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

Aus welchem Grund möchten Sie die Adaption bei uns absolvieren?

\_\_\_\_\_

Haben Sie schon mal in Berlin gelebt? Wenn ja, von wann bis wann?

\_\_\_\_\_

**Welche Ziele und Vorhaben möchten Sie während der Adaptionbehandlung für sich erarbeiten und umsetzen? Was möchten Sie für sich erreichen unter folgenden Gesichtspunkten:**

Berufliche Situation (In welchem Bereich/ Beruf wollen Sie arbeiten?)

\_\_\_\_\_

Stabilisierung Ihrer Abstinenz (Wie können Sie Ihre Abstinenz sicherstellen?)

\_\_\_\_\_

Wohnsituation (Haben Sie eine Wohnung? Wollen Sie in ein Nachsorgewohnen ziehen?)

\_\_\_\_\_

Freizeitbereich (Wie wollen Sie Ihre freie Zeit verbringen? Haben Sie Hobbys?)

\_\_\_\_\_

In Ihrem sozialen Umfeld (Wie soll Ihr Kontakt zu Freunden/ Familie aussehen?)

\_\_\_\_\_

Sonstige Ziele der Adaptionbehandlung (Welche Themen wollen Sie noch bearbeiten?)

\_\_\_\_\_

Wurden bereits hinsichtlich Ihrer aktuellen beruflichen Situation und weiteren beruflichen Orientierung in der Entwöhnung etwas besprochen und Empfehlungen ausgesprochen? Wenn ja, welche?

---

Haben Sie noch eine feste Anstellung?  ja  nein

Haben Sie eine Ausbildung/ Studium? Welches?

---

Möchten Sie einen Schulabschluss nachholen?  ja  nein

In welchen Branchen/ Berufen haben Sie Arbeitserfahrung?

---

Wovon haben Sie zuletzt überwiegend gelebt (Einkommen/ Sozialleistungen?)

---

**Nun einige Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand, Ihrer Suchterkrankung und zur medizinischen Abklärung Ihrer Belastbarkeit.**

Wie viele Suchttherapien haben Sie bereits absolviert? \_\_\_\_\_

Welche Substanz/en haben Sie vorwiegend konsumiert?

---

Waren Sie schon einmal Patient der F42?  ja  nein

Haben Sie gerichtliche Auflagen?  ja  nein

Sind Sie während der derzeitigen Therapie rückfällig geworden?

ja  nein

Wenn ja, wann und womit:

---

Haben Sie neben der Abhängigkeitserkrankung zusätzlich auch eine körperliche oder psychiatrische Erkrankung (z.B. Depressionen, Ängste, Essstörung, Psychosen, Persönlichkeitsstörungen)?

Bereich: F42

**Fragebogen für Adaptionbewerber\*innen**

---

ja

nein

Wenn ja, welche und seit wann:

---

Erhalten Sie derzeit Medikamente?

ja

nein

Wenn ja, welche, in welcher Dosierung?

---

Werden Sie zurzeit in der Klinik noch substituiert?

ja

nein

Wenn ja, welches Mittel und in welcher Dosierung?

---

Sind während der Adaptionbehandlung längere ambulante oder/und stationäre Behandlungen geplant, die möglicherweise die Teilnahme am Programm der Adaption beeinträchtigen? Wenn ja, welche, wann und wo?

---

---

**Vielen Dank für Ihr Interesse an einer Behandlung in unserer Einrichtung und für Ihre Bemühungen. Wir freuen uns darauf, Sie persönlich kennenzulernen!**

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Adaptionsteam der F 42