

## ADV Rehabilitation und Integration gGmbH

Fachklinik Briese, Briese 1-2, 16547 Birkenwerder OT Briese  
Tel: 03303-5085914, Fax: 03303-502994  
E-Mail: [aufnahme.briese@adv-suchthilfe.de](mailto:aufnahme.briese@adv-suchthilfe.de)



## Fragebogen für Therapieplatzbewerber\*innen

### Fachklinik Briese

Entwöhnungsbehandlung  
am Stadtrand von Berlin



Wir würden Sie gerne kennenlernen.

Daher bitten wir Sie, sich für die Beantwortung der Fragen Zeit zu nehmen, damit wir einen ersten umfassenden Eindruck von Ihnen gewinnen können. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung haben, so wenden Sie sich bitte an Ihren/Ihre Suchtberater\*in, der/die Sie sicherlich bei der Beantwortung der Fragen unterstützen kann.

Bitte denken Sie daran, die Schweigepflichtentbindung auf der letzten Seite zu unterschreiben.

Gerne können Sie diesen Bewerbungsbogen *per Fax senden an: 03303 502994* oder *per Email: [aufnahme.briese@adv-suchthilfe.de](mailto:aufnahme.briese@adv-suchthilfe.de)* oder klassisch mit der Post an die oben genannte Adresse.

Wir werden uns nach Eingang des Bewerberbogens zeitnah bei Ihnen melden.

Vielen Dank,

Ihr Team der Fachklinik Briese

Dieser *Bewerbungsbogen*, sowie das *Informationsblatt zur Datenverarbeitung* steht Ihnen zum Download unter <https://www.adv-suchthilfe.de/fachkliniken/fachklinik-briese> zur Verfügung.

Datum:

**Ihre persönlichen Daten:**

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

Straße / Hausnr. ....

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

Erreichbar unter Handy oder Festnetztelefon: .....

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

Corona-Impfstatus: kein    einfach    zweifach    dreifach    genesen  
Datum:                    Datum:                    Datum:                    Datum:

Gibt es eine gesetzliche Betreuung? Wenn ja, geben Sie bitte Namen, Adresse und Tel.-Nr. an. Für welche Bereiche gilt die Betreuung?

.....  
.....

**Drogen-, bzw. Suchtberatungsstelle:**

Name der Beratungsstelle: .....

Adresse: .....

Name Ihres Beraters/ Ihrer Beraterin: ..... Telefonnummer: .....

Wer wäre Kostenträger für eine Entwöhnungsbehandlung? (DRV Berlin Brandenburg, Krankenkasse, welche?)

.....

**Fragen zur derzeitigen Situation:**

In welcher Wohnform leben Sie? (Eigene Wohnung, Wohngemeinschaft, Wohnheim...)  
Mit wem leben Sie zusammen?

.....

Haben Sie einen Partner, eine Partnerin? Sind Sie verheiratet?

.....

Haben Sie Kinder? Nennen Sie bitte Namen und Alter. Wo leben Ihre Kinder, haben Sie Kontakt?

.....

.....

.....

**Welches Einkommen haben Sie (Gehalt, Lohn, Rente, Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Sozialhilfe, ergänzende Sozialhilfe)**

.....

**Welche Staatsbürgerschaft haben Sie? Falls zutreffend: Welchen Aufenthaltsstatus haben Sie?**

.....

**Fragen zum familiären Lebenslauf**

**Gab es besondere Ereignisse in Ihrer Lebensgeschichte? (positive als auch negative)**

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

**Bitte beschreiben Sie Ihre aktuelle Lebenssituation (Familie, Partnerschaft, Freunde, Bekannte etc.)**

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

**Fragen zur Ausbildung und zu beruflichen Tätigkeiten**

**Welchen Schulabschluss haben Sie?**

.....

**Haben Sie einen Ausbildungsabschluss? Wenn ja, welchen und wann haben Sie diesen erworben? Gibt es Ausbildungsabbrüche?**

.....  
.....

**Was ist Ihre aktuelle bzw. letzte berufliche Tätigkeit? Von wann bis wann haben Sie diese ausgeübt?**

.....

.....

**Fragen zum Suchtmittelkonsum**

**Welche(s) Suchtmittel betrachten Sie als Ihr Hauptproblem?**

.....

**Bei welchen anderen Suchtmitteln oder süchtigen Verhaltensweisen (z.B. Glücksspiel) sehen Sie darüber hinaus Schwierigkeiten bei Ihnen?**

.....

**Bitte beschreiben Sie Ihren Suchtmittelkonsum (einschließlich Alkohol und missbräuchlich genutzten Medikamenten) seit Beginn der Einnahme.**

Jahr	Alter	Droge(n)	Menge pro Tag	Wie oft pro Woche	Oder wie oft pro Monat	Konsumform (nasal, rauchen, freebasen, intravenös)

**Fragen zu körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen**

**Sind Sie in ärztlicher Behandlung?**

**Nennen Sie bitte Namen, Anschrift und Telefonnummer und die Fachrichtung des Arztes/ der Ärztin.**

.....

.....

.....

**Nehmen Sie ärztlich verordnete Medikamente oder frei verkäufliche Medikamente ein? Wenn ja, welche, seit wann und in welcher Dosierung?**

.....

.....

**Aus welchen Gründen nehmen sie die Medikamente? (Diagnosen?)**

.....

**Gibt es körperliche oder psychische Vorerkrankungen?**

.....

**Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Leiden Sie an Speiseunverträglichkeiten?  
Benötigen Sie eine bestimmte Kostform?**

.....

.....

**Gibt es (neben der Sucht) noch weitere Einschränkungen?**

.....

**Welche Entzugserscheinungen haben Sie bisher bei sich feststellen können?  
Bitte kreuzen Sie an.**

- Innere Unruhe
- Erbrechen
- Appetitlosigkeit
- Angsträume
- Schlafstörungen
- Herzrasen
- Schweißausbrüche
- Zittern

**Welche der genannten Erscheinungen sind bei Ihnen schon einmal aufgetreten?  
Bitte kreuzen Sie an.**

- Zittern
- körperliche Erregung
- Angst
- fehlende Orientierung für Zeit und Ort
- Halluzinationen wie Trugbilder oder Stimmenhören

**Haben Sie schon einmal Bewusstseinsstörungen im Alkoholentzug gehabt?**

.....

Haben Sie schon einmal einen epileptischen Anfall (Krampfen des Körpers) gehabt?  
 Wenn ja, wann war das und wie häufig trat es auf?

.....

.....

Haben Sie jemals versucht, sich das Leben zu nehmen? Wann war dies?

.....

.....

**Fragen zu bisherigen Bemühungen der Krankheitsbewältigung**

Bitte listen Sie bisher durchgeführte Therapieformen (Entwöhnungsbehandlung, ambulante Nachsorge, Psychotherapie usw.) auf.

Jahr	Alter	Ort, Klinik, Träger	von...	bis...	Grund der Beendigung	Dauer der folgenden Abstinenz

Wie viele stationären Entzugsbehandlungen haben Sie bisher gehabt?

.....

Bitte benennen Sie die letzten 3 Entzugsbehandlungen.

Jahr	Alter	Ort, Klinik, Träger	von...	bis...	Grund der Beendigung	Dauer der folgenden Abstinenz

Haben Sie regelmäßig Selbsthilfegruppen besucht?

.....

**Fragen zur strafrechtlichen Situation**

Wann waren Sie in Haft oder in Maßregelvollzug? Seit wann sind Sie ggf. in Haft?

Jahr	Alter	Welche Haftanstalt	von....	bis...	Grund der Inhaftierung

Bis wann müssen Sie ihre Haft regulär verbüßen?

.....

Haben Sie noch offene Verfahren? Wenn ja, welche? Haben Sie einen Anwalt?

.....

.....

Gibt es Auflagen zur Therapie? Besteht eine Bewährung? Gibt es andere Auflagen?

.....

.....

.....

**Fragen zur Motivation**

Warum interessieren Sie sich gerade jetzt für eine Entwöhnungsbehandlung in der Fachklinik Briese?

.....

.....

Warum gilt das Interesse besonders der Fachklinik Briese? Waren Sie schon einmal vor Ort?

.....

.....

Wie wurden Sie auf die Fachklinik Briese aufmerksam? Bitte kreuzen Sie an.

- Internet
- Empfehlung durch: .....
- Krankenhaus: .....
- Suchtberatungsstelle: .....
- Flyer
- Sonstige: .....

**Welche Ziele, Wünsche und Erwartungen verbinden Sie mit Ihrer Therapie?**

.....

.....

.....

**Welche Probleme im Umgang mit anderen Menschen belasten Sie am meisten?**

.....

.....

.....

**Welche eigenen Fähigkeiten werden Sie in der Entwöhnungsbehandlung am meisten unterstützen?**

.....

.....

.....

**Sie haben es geschafft! Vielen Dank!**

Fachklinik Briese  
Briese 1-2  
16547 Birkenwerder

Tel: 03303 50 85 914  
Fax: 03303 502994

[aufnahme.briese@adv-suchthilfe.de](mailto:aufnahme.briese@adv-suchthilfe.de)

### Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich

**Vorname, Name:** .....

**Adresse:** .....

**Geburtsdatum:** .....

Die Mitarbeiter\*innen der Fachklinik Briese der ADV Rehabilitation und Integration gGmbH und die Mitarbeiter\*innen von

**Name der Institution** (hier bitte die zuständige Suchtberatungsstelle oder Entgiftungsklinik oder Sozialdienst oder Sozialarbeiter\*in oder Betreuer\*in eintragen):

**Adresse:** .....

**Ggf. zuständige\*r Mitarbeiter\*in:** .....

gegenseitig von der Schweigepflicht.

Diese Entbindung gilt ausschließlich für Daten, welche für meine Therapieaufnahme relevant sind (gesundheitliche Situation, Einnahme von Medikamenten und Suchtmitteln, Informationen zum Hintergrund des Antrags oder zum Entgiftungsstatus) und dient der Sicherstellung eines reibungslosen Aufnahmeprozesses. Diese Schweigepflichtentbindung gilt für wiederholten Austausch und endet am Tag der Aufnahme, des Ablehnungsbescheides oder Ihres Rücktritts von der Aufnahmeanfrage. Sie können diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

.....  
Ort Datum

.....  
Unterschrift