

Bewerbungsbogen Adaptionshaus Birkenwerder

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten und unterschriebenen Fragebogen per Fax oder per Mail zu. Wir vergeben unsere Plätze nach Eingangsdaten der Fragebögen.

Kontaktdaten: Adaptionshaus Birkenwerder, ADV Rehabilitation & Integration gGmbH, Bergfelder Straße 10, 16547 Birkenwerder, Telefon 03303-21 92 0, Fax 03303-21 92 29, Mail aufnahme.adh@adv-suchthilfe.de

Personalien			
Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Geschlecht:		Staatsangehörigkeit:	
Telefon:		E-Mail:	
Derzeitige Klinik			
Name:			Fax:
Straße:	PLZ:	Ort:	
Sozialdienst (Name, Telefon):			
Bezugstherapie (Name, Telefon):			
Arzt/Ärztin (Name, Telefon):			
Entlassungstermin aus der jetzigen Klinik:			
Kostenträger Ihrer derzeitigen Entwöhnungsbehandlung (bei DRV bitte die Region mit angeben):			
Versicherungsnummer:			
Wie viele stationäre Therapien haben Sie bisher durchlaufen?			
Berufliche Situation			
Schulbildung:	<input type="checkbox"/> Hauptschule	<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> Abitur
	<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Kein Schulabschluss	
Berufsausbildung als:			
Arbeitsplatz besteht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Falls Ja, Arbeitgeber:			
Seit:			
Falls Nein, letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit als:			
Zuletzt ausgeübt bis (Datum):			

**Bewerbungsbogen
Adaptionshaus Birkenwerder**

Einkommen		
<input type="checkbox"/> Bürgergeld (bisher ALG II)	Aktuell bewilligt bis:	
<input type="checkbox"/> Übergangsgeld	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> Sonstiges
Versicherungsstatus		
Rentenversicherungsträger (bei DRV bitte die Region mit angeben):		
Versicherungsnummer:		
Krankenkasse:	Versicherungsnummer:	
Gesundheitliche Situation		
Suchtmittel:		
Hauptdroge:		
Zusätzliche Erkrankungen:		
Körperliche Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls Ja, welche?		
Psychische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls Ja, welche?		
Suizidversuche:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls Ja, wie oft und wann?		
Erhalten Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls Ja, bitte die folgende Medikamentenliste ausfüllen.		
Medikament	Wegen welcher Erkrankung?	In welcher Dosierung?

**Bewerbungsbogen
Adaptionshaus Birkenwerder**

Sind während der Adaptionsbehandlung längere ambulante oder stationäre Behandlungen geplant, die die Teilnahme am Adaptionsprogramm möglicherweise beeinträchtigen könnten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Falls Ja, welche, wann und wo?		
Welche Ziele und Vorhaben möchten Sie während der Adaptionsbehandlung für sich erarbeiten und umsetzen?		
Verfügen Sie über ausreichend deutsche Sprachkenntnisse, um am Therapieprogramm und am erforderlichen beruflichen Praktikum teilnehmen zu können? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Sind Sie arbeitsfähig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum

Unterschrift Bewerber*in

Vielen Dank für Ihre Interesse an einer Behandlung in unserer Einrichtung.

Aus ärztlicher Sicht wird die Adaption befürwortet:

Name Klinik

Stempel, Unterschrift Arzt/Ärztin

Information zum Datenschutz: Wir sind verpflichtet, uns an die gültige Datenschutzverordnung zu halten und unterliegen der Schweigepflicht. Das *Informationsblatt zur Datenverarbeitung* sowie diesen *Bewerbungsbogen* finden Sie auch zum Download unter: <https://www.adv-suchthilfe.de/fachkliniken/adaptionshaus-birkenwerder/>