

## 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 03303-57970-00, Fax 03303-57970-99, Mail [aufnahme.adh@adv-suchthilfe.de](mailto:aufnahme.adh@adv-suchthilfe.de)

|   |                                      |  |                                 |
|---|--------------------------------------|--|---------------------------------|
| <b>Personalien</b>  |                                      |  |                                 |
| Name:   |                                      | Vorname:   |                                 |
| Geburtsdatum:   |                                      | Geburtsort:                                      |                                 |
| Geschlecht:   |                                      | Staatsangehörigkeit:                             |                                 |
| Telefon:  |                                      | E-Mail:  |                                 |
| <b>Derzeitige Klinik</b>  |                                      |  |                                 |
| 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 Entwöhnungsbehandlungen haben Sie bisher abgeschlossen (ohne Ihre jetzige Behandlung)? |                                      |  |                                 |
| <b>Berufliche Situation</b>   |                                      |  |                                 |
| Schulbildung:   | <input type="checkbox"/> Hauptschule | <input type="checkbox"/> Realschule              | <input type="checkbox"/> Abitur |
|   | <input type="checkbox"/> Sonstiges   | <input type="checkbox"/> Kein Schulabschluss     |                                 |
| Berufsausbildung als:   |                                      | Abgeschlossen:      Ja                      Nein |                                 |
| 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**

|   |                                      |                                    |
|---|--------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Einkommen</b>  |                                      |                                    |
| <input type="checkbox"/> Bürgergeld                               | Aktuell bewilligt bis:               |                                    |
| <input type="checkbox"/> Übergangsgeld                            | <input type="checkbox"/> Sozialhilfe | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <b>Versicherungsstatus</b>  |                                      |                                    |
| Rentenversicherungsträger (bei DRV bitte die Region mit angeben): |                                      |                                    |
| Versicherungsnummer:  |                                      |                                    |
| Krankenkasse:   | Versicherungsnummer:                 |                                    |
| <b>Gesundheitliche Situation</b>                                  |                                      |                                    |
| Suchtmittel: (bitte geben Sie auch Tabak oder E-Zigarette an)     |                                      |                                    |
| 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.         |                                      |                                    |
| <b>Medikament</b>   | <b>Wegen welcher Erkrankung?</b>     | <b>In welcher Dosierung?</b>       |
|   |                                      |                                    |
|   |                                      |                                    |
|   |                                      |                                    |
|   |                                      |                                    |
|   |                                      |                                    |

**Bewerbungsbogen  
Adaptionshaus Birkenwerder**

|  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Sind während der Adaptionsbehandlung längere ambulante oder stationäre Behandlungen geplant, die die Teilnahme am Adaptionsprogramm möglicherweise beeinträchtigen könnten?<br><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?<br><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/>