

ADV Rehabilitation und Integration gGmbH

Fachklinik F42, Flughafenstr.42, 12053 Berlin
Tel: 030-6097820, Fax: 030-60978230
E-Mail: f42@adv-suchthilfe.de



Fragebogen für Therapieplatzbewerber*innen



ADV Rehabilitation und Integration gGmbH

Sie interessieren und bewerben sich für eine Behandlung Ihrer Abhängigkeitserkrankung in der Fachklinik F42.

Um eine Entscheidung treffen zu können, ob unser Angebot den therapeutischen Anforderungen Ihres persönlichen Krankheitsbildes entspricht, möchten wir Sie gerne kennenlernen.

Wir bitten Sie, die folgenden Fragen gewissenhaft und ausführlich zu beantworten. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung haben, so wenden Sie sich bitte an Ihren/Ihre Drogenberater*in, der/die Sie sicherlich bei der Beantwortung der Fragen unterstützen kann.

Gerne können Sie diesen Bewerbungsbogen *per Fax senden an: 030 60978230* oder *per Email: f42@adv-suchthilfe.de* oder klassisch mit der Post an die oben genannte Adresse.

Vielen Dank,

Ihr F42- Team

Dieser Bewerbungsbogen steht Ihnen zum Download unter www.adv-suchthilfe.de -> F42 - Download zur Verfügung.

Fragebogen für Therapieplatzbewerber*innen

Datum: _____

Ihre persönlichen Daten:

Name: Vorname:

Strasse / Hausnr.

Postleitzahl / OrtE-Mail Adresse:

Erreichbar unter Handy oder Festnetztelefon:

Geburtsdatum: Geburtsort:

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?

.....

Sind Sie derzeit in Haft? ja nein Falls ja, wo?.....

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?

.....

.....

Fragebogen für Therapieplatzbewerber*innen

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

Wo verbrachten Sie Ihre Kindheit und Ihre Jugend?

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

Bitte beschreiben Sie Ihre familiäre bzw. partnerschaftliche Situation.

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

Haben Sie Freunde oder Bekannte?

**Konsumieren diese ebenfalls Drogen? Wenn ja, welche Drogen konsumieren sie?
Welche Rolle spielt Alkohol?**

.....
.....

Fragebogen für Therapieplatzbewerber*innen

Fragen zur Ausbildung und zu beruflichen Tätigkeiten

Welche Schulen haben Sie besucht?

Bitte benennen Sie Zeiten und Inhalte Ihrer Schulbesuche, Ihrer Ausbildung, Ihrer Berufstätigkeiten und Zeiten der Arbeitslosigkeit.

| Jahr Von.....bis... | Alter | Schule | Beendet, weswegen? |
|------------------------|-------|--------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

An welchen Ausbildungen nahmen Sie teil?

| Jahr Von...bis... | Alter | Beruf | Beendet, weswegen? |
|----------------------|-------|-------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Was haben Sie bisher gearbeitet?

| Jahr Von...bis... | Alter | Beruf | Beendet weswegen? |
|----------------------|-------|-------|-------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Fragebogen für Therapieplatzbewerber*innen

Bekommen Sie eine EU-Rente oder haben Sie eine beantragt?

.....
.....

Fragen zum Suchtmittelkonsum

Welche(s) Suchtmittel betrachten Sie als Ihr Hauptproblem?

.....

Gibt es bei Ihnen eine Verhaltenssucht (z.B. Glücksspiel, abhängiger PC-/Internetgebrauch, Essstörung), die sie in der Vergangenheit prägte? Wenn ja, welche?

.....

**Bitte beschreiben Sie Ihren Suchtmittelkonsum seit Beginn der Einnahme.
(Wir zählen Alkohol zu den Suchtmitteln.)**

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

Welche Suchtmittel haben Sie lediglich probiert?

.....
.....

Gab es Zeiten, in denen Sie keine Drogen (inklusive Alkohol) konsumierten? Aus welchem Grund haben Sie in dieser Zeitdrogen-bzw. alkoholfrei gelebt?

.....

Fragebogen für Therapieplatzbewerber*innen

Fragen für Bewerber*innen, die eine substitutionsgestützte Therapie beginnen möchten

Wer ist Ihr Hausarzt?

Adresse:

Seit wann sind Sie substituiert?

Womit werden Sie substituiert und in welcher Höhe?

.....

Haben Sie Beigebrauch und wenn ja, womit?

.....

Gab es Beikonsumsentsüchtigungen, wenn ja, wo und wann?

.....

Fragen zu körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen

Welche Entzugserscheinungen haben Sie bisher bei sich feststellen können?

Bitte Unterstreichen Sie diese.

Innere Unruhe, erbrechen, Appetitlosigkeit, Angstträume, Schlafstörungen, Herzrasen, Schweißausbrüche, Handzittern

Welche der unterstehenden Erscheinungen sind bei Ihnen schon einmal aufgetreten?

Handzittern, körperliche Erregung, Angst, fehlende Orientierung für Zeit und Ort, Halluzinationen wie Trugbilder und Stimmenhören

Haben Sie schon einmal Bewusstseinsstörung im Alkoholentzug gehabt?

.....

Haben Sie schon einmal einen epileptischen Anfall (Körperkrämpfe mit Zungenbiss und Bewusstlosigkeit mit fehlender Erinnerung) gehabt? Wenn ja, wann war das, wie häufig trat das auf?

.....

Wenn ja, kennen Sie die Ursache für ihre Krampfanfälle?

.....

.....

Fragebogen für Therapieplatzbewerber*innen

Haben Sie schon einmal an Selbstmord gedacht? Haben Sie versucht, sich das Leben zu nehmen? Wann war dies?

.....
.....

**Haben Sie bei sich Nachlassen der Konzentrations- und Erinnerungsfähigkeit bemerkt?
Wie hat sich dies gezeigt?**

.....
.....

**Sind Sie in ärztlicher Behandlung?
Nennen Sie bitte Namen, Anschrift und Telefonnummer und die Fachrichtung des Arztes/ der Ärztin.**

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

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

.....

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

.....
.....

Fragen zu bisherigen Bemühungen der Krankheitsbewältigung

Bitte listen Sie bisher durchgeführte Therapien auf.

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

Fragebogen für Therapieplatzbewerber*innen

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

Bitte listen Sie bisher durchgeführte Entgiftungen auf.

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

Haben Sie Selbsthilfegruppen besucht? Wenn ja, welche? Von wann bis wann? Wie häufig?

.....

Fragen für Bewerber und Bewerberinnen aus Justizvollzugsanstalten

Wann waren Sie in Haft? Seit wann sind Sie in Haft?

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

Bis wann müssen Sie ihre Haft regulär verbüßen?

.....

Fragebogen für Therapieplatzbewerber*innen

Haben Sie noch offene Verfahren? Wenn ja, welche?

.....
.....

Haben Sie einen Antrag gemäß §35 BtMG oder gemäß §64 STGB gestellt?

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

Fragen zur Motivation

Welchen äußeren Anlass gibt es für Sie, sich für eine Drogenentwöhnungsbehandlung zu interessieren?

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

Welchen persönlichen Anlass gibt es für Sie, sich für eine Drogenentwöhnungsbehandlung zu interessieren?

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

Warum interessieren Sie sich für eine Entwöhnungsbehandlung in der Fachklinik F42?

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

Fragebogen für Therapieplatzbewerber*innen

Welche Ziele möchten Sie durch Ihre Therapie erreichen?

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

Welche Erwartungen haben Sie an Ihre Therapie?

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

Welche waren Ihre größten Schwierigkeiten nach dem körperlichen Entzug?

.....
.....

Welche Fähigkeiten werden Sie in der Entwöhnungsbehandlung am meisten unterstützen?

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

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

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

Welche Schwierigkeiten erleben andere Menschen am ehesten mit Ihnen?

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