

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 Konzept zu verschaffen, können Sie gern ein Informationsgespräch bei unserer Bezugstherapeutin oder dem Sozialdienst 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**

Wir werden uns dann zeitnah mit Ihnen in Verbindung setzen, um einen Termin zu vereinbaren.

Bei Rückfragen können Sie 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: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

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

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

Partnerschaftliche Situation: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit/ ggf. Aufenthaltsstatus

---

Wovon haben Sie zuletzt gelebt (Lohn/ Sozialleistungen)?

---

Haben Sie gerichtliche Auflagen?

ja

nein

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 gerade 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?

\_\_\_\_\_

Wurde bereits hinsichtlich Ihrer aktuellen beruflichen Situation bzw. weiteren beruflichen Orientierung in der Entwöhnung etwas besprochen/ eine Empfehlung 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?

\_\_\_\_\_

Stabilisierung Ihrer Abstinenz

Was kann Ihnen helfen, Ihre Abstinenz sicher zu stellen/ Rückfallrisiken zu minimieren?

---

Wohnsituation

Haben Sie eine eigene Wohnung?       ja       nein

Können Sie sich vorstellen, in ein Nachsorgewohnen zu ziehen?     ja       nein

Freizeitgestaltung und Pflege sozialer Kontakte

Wie wollen Sie Ihre freie Zeit verbringen?

---

Welche Hobbys haben Sie?

---

Wie soll Ihr Kontakt zu Freunden/ Familie aussehen?

---

Sonstige Ziele der Adaptionbehandlung

Welche Themen wollen Sie noch bearbeiten, v. a. in den psychotherapeutischen Einzel- und Gruppensitzungen?

---

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

Welche Substanz/en haben Sie vorwiegend konsumiert?

---

---

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

Waren Sie schon einmal Rehabilitand\*in der F42?       ja       nein

Sind Sie während der derzeitigen Therapie rückfällig geworden?

ja       nein

Wenn ja, wann und womit?

---

