

Geltungsbereich: BK Hochstadt

1. Persönliche Informationen

Vorname: _____ Geburtsname: _____
Nachname: _____ Geburtsort: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsland: _____
Familienstand: _____ Staatsangehörigkeit: _____
Geschlecht: weiblich männlich divers
Renten-/Sozialversicherungsnummer: _____

Zusätzliche Angaben ausländischer Bewerber:

Läuft derzeit ein Abschiebeverfahren? ja nein

Status des Aufenthaltes:

Niederlassungserlaubnis unbefristet

Aufenthaltserlaubnis befristet bis: _____

Duldung Erwerbstätigkeit gestattet

2. Meldeanschrift (Hauptwohnsitz)

keine Meldeanschrift vorhanden

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Wohnform: Eigenheim Mietwohnung WG betreutes Wohnen ohne festen Wohnsitz
 alleine mit: _____

Für kurzfristige Änderungen z.B. bezüglich Ihres Aufnahmetermins, sollten Sie telefonisch erreichbar sein. Bitte geben Sie deshalb eine Festnetz- oder Mobil- Nr. an. Falls es nicht Ihre persönliche Nummer sein sollte, informieren Sie bitte den Anschlussinhaber über einen möglichen Anruf von uns.

Fon: _____

Mail: _____

Derzeitiger, tatsächlicher Aufenthalt

identisch mit Postanschrift

Institution (JVA, Klinik, etc.) _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefon (s. Text oben): _____ Fax: _____

Nur bei Haftaufenthalt ausfüllen

Wo hatten Sie Ihren ständigen Aufenthalt **vor** der Inhaftierung?

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

3. Wirtschaftliche / materielle Situation

Besitzen Sie einen gültigen Personalausweis? ja nein

Falls nicht, wurde ein Personalausweis beantragt? ja nein

Stehen Sie aktuell in einem Beschäftigungsverhältnis ja nein

Wenn nicht, welche Leistungen beziehen Sie?

ALG I ALG II (Hartz IV) Krankengeld Sozialhilfe Kindergeld

Rente Unterhalt keine der Genannten: _____

Sollten Sie über eine Leistung verfügen, bringen Sie bitte eine Kopie Ihres Leistungsbescheides mit.

Wurden Leistungen beantragt? nein ja, folgende: _____

Sind Sie krankenversichert? nein ja, Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Falls nicht, bei welcher Krankenkasse waren Sie zuletzt krankenversichert? _____

Sollten Sie nicht krankenversichert sein, bitten wir Sie bei Ihrer letzten Krankenversicherung eine Bescheinigung über den Versicherungszeitraum anzufordern.

Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer? ja nein

Um welche Aufgaben kümmert sich Ihr Betreuer?

Aufenthalt Wohnung Vermögen Vertretung gegenüber Behörden und Einrichtungen
 Gesundheitsangelegenheiten sonstiges: _____

Bitte legen Sie eine Kopie des Betreuerausweises bei.

Ist aktuell ein offenes gerichtliches Verfahren ausstehend? ja nein

4. Angaben zu Vorerkrankungen / Einschränkungen

Sind Sie in Ihrer Mobilität eingeschränkt? ja nein

Falls ja, sind Sie auf Hilfsmittel angewiesen?

Liegen behandlungsbedürftige Erkrankungen vor? ja nein

welche: _____

Ist ein Anfallsleiden bekannt? ja nein

Sind Operationen geplant? ja nein

welche: _____

Haben Sie Allergien?

welche: _____

Mussten Sie wegen einer Psychose behandelt werden? ja nein

Müssen Sie regelmäßig Medikamente einnehmen? ja nein

welche: _____
Sollten Sie aufgrund einer bestimmten Erkrankung auf eine medikamentöse Dauerbehandlung eingestellt sein, bitten wir Sie, vorhandene Medikamente mitzunehmen.

Grad der Behinderung: _____ Gleichgestellt? ja nein

Liegt eine Schwangerschaft vor?

Falls Sie schwanger sind, in welcher Woche befinden Sie sich? _____ Schwangerschaftswoche

5. Bitte schätzen Sie Ihre Sprachfertigkeiten ein.

	Muttersprache	sehr gut	gut	vorhanden	minimal
Deutsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Angaben zu Suchtmitteln

Beginn – Dauer – Dosis – Verlauf – Gewohnheiten des Konsums :

<input type="checkbox"/> Tabak / Nikotin	
<input type="checkbox"/> Alkohol	
<input type="checkbox"/> Heroin	<input type="checkbox"/> nasal <input type="checkbox"/> intravenös <input type="checkbox"/> geraucht
<input type="checkbox"/> sonstige Opiate	
<input type="checkbox"/> Crystal	<input type="checkbox"/> nasal <input type="checkbox"/> intravenös <input type="checkbox"/> geraucht
<input type="checkbox"/> sonstige Ampheta- mintypische Substanzen (ATS)	z. B. : Kokain, Speed, MDMA, XTC, ...
<input type="checkbox"/> Cannabis: Marihuana, Hasch	
<input type="checkbox"/> Legal Highs / Research Chemicals	z. B. : „Badesalz“, Herbal Ecstasy, ...
<input type="checkbox"/> nicht verordnete Medikamente	
<input type="checkbox"/> synthetische Cannabinoide	
<input type="checkbox"/> LSD / Pilze	
<input type="checkbox"/> Sonstige:	
<input type="checkbox"/> Substitution	

7. Vorbehandlung

Bitte geben Sie alle Entgiftungen, Entwöhnungsbehandlungen, Adaptionen und Betreutes Wohnen o.ä. an.

Zeitraum	Behandlungsart (Entgiftung, Entwöhnung, Adaption, betreutes Wohnen)	Einrichtung	Abschluss			Wie lange waren Sie danach abstinent?
			Regulär	Abbruch	Diszi- plinarisch (mit Grund)	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Haben Sie Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle?

ja nein

Nehmen Sie an einer Selbsthilfegruppe (AA, NA,...) teil?

ja nein

8. Wünsche/Ziele

Welche persönlichen Fähigkeiten möchten Sie während der Therapie verbessern?

Haben Sie Fragen an uns?
