

Personalien			
Name:		Vorname:	
		Geburtsdatum:	
Allgemeine Hinweise			
Wir bitten Sie, die folgenden Angaben zu Ihrer eigenen Sicherheit wahrheitsgemäß und vollständig zu machen. Bei Aufnahme wird eine umfassende Testung auf den Konsum von Cannabis, Alkohol, Medikamente und sämtliche illegale Substanzen erfolgen. Bei Testergebnissen, die den gemachten Angaben und den Aufnahmevoraussetzungen widersprechen, kann aufgrund des Komplikationsrisikos keine Behandlung in unserer Einrichtung erfolgen.			
Motivation und Ziele			
Ziel bzgl. der Substitution: ☐ Ausdosierung ☐ Reduktion ☐ Fortführen der Substitution			
Grund für die Bewerbung, Therapieziele?			
Angaben zur <u>aktuellen</u> Substitutionsbehandlung			
Substitutions-Arzt/-Ärztin: _____			
Adresse: _____			
Telefon/FAX: _____			
Substitutionsbehandlung dort seit: _____			
→ Sollte es einen Wechsel nach dem Vorgespräch geben, informieren Sie uns bitte umgehend!			
Aktuelles Präparat: _____			
Dosierung: _____			
Seit wann erhalten Sie die angegebene Dosierung? _____			
(Hinweis: Die Dosis des Substituts muss mindestens 14 Tage vor Antritt der Reha stabil sein!)			
Gab es in der letzten Zeit relevante Auf-/Abdosierungen oder Unterbrechungen?			
Take-Home?: ☐ nein ☐ ja, für _____ Tage/1 Woche			
Aktuelle Beigebrauchsfreiheit			
Missbrauch des Substituts (zusätzliche Mengen, i.v.-Konsum)? ☐ nein ☐ ja, _____			
Illegale Substanzen? ☐ nein ☐ ja, _____ ☐ zuletzt am _____			
Nicht rezeptierte Medikamente? ☐ nein ☐ ja, _____ ☐ zuletzt am _____			
Alkohol? ☐ nein ☐ ja, _____ ☐ zuletzt am _____			
Cannabis? ☐ nein ☐ ja, _____ ☐ zuletzt am _____			
Angaben zum Infektionsstatus			
HIV? ☐ unbekannt ☐ nein ☐ ja ☐ Therapie erfolgt ja/nein? Wann? _____			
Hepatitis B? ☐ unbekannt ☐ nein ☐ ja ☐ Therapie erfolgt ja/nein? Wann? _____			
Hepatitis C? ☐ unbekannt ☐ nein ☐ ja ☐ Therapie erfolgt ja/nein? Wann? _____			
Angaben zu <u>früheren</u> Substitutionsbehandlungen			
Wann? (Jahr)	Wo?	Präparat & Dosierung?	Grund für Wechsel von Präparat/ Substitutionsarzt?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
Gab es Abstinenzzeiten? Wann? Wie lange?			

Weitere benötigte Unterlagen

Bitte senden Sie uns außerdem zu:

- **Ärztliche Bescheinigung vom Hausarzt/ärztlichen Behandler**, dass Rehafähigkeit aus somatischer Sicht gegeben ist.
- **Ärztliche Bescheinigung vom Zahnarzt**, dass keine akuten Behandlungen erforderlich sind bzw. ein entsprechender Kostenplan erstellt ist.
- **Bei Aufnahme ohne vorherige Teilentgiftung: Ärztliche Bescheinigung über Beigebrauchsfreiheit** zwischen Entgiftung und Aufnahme erforderlich! Einreichen der Bescheinigung über **Beigebrauchsfreiheit von mindestens 4 Wochen** muss **spätestens 2 Wochen vor Antritt der Reha** in der Fachklinik eingegangen sein (insgesamt müssen also mind. 6-8 Wochen Beikonsumfreiheit nachgewiesen werden).

Herzlichen Dank für Ihre Bewerbung. Wir setzen uns mit Ihnen in Verbindung.

Information zum Datenschutz:

Im Rahmen des Aufnahmeverfahrens werden Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, zwischen den Mitarbeiter:innen der Beratungsstelle, dem Sozialdienst der Entzugsklinik, der Substitutionspraxis sowie der Rehabilitationseinrichtung (Fachklinik Rhein-Neckar) ausgetauscht, soweit dies zur Prüfung, Vorbereitung und Durchführung der Aufnahme erforderlich ist. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt ausschließlich zu dem vorgenannten Zweck. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, dass die von Ihnen im Bewerbungsbogen angegebenen sowie die im Rahmen des Aufnahmeverfahrens erhobenen personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, in der Rehabilitandenakte der Fachklinik Rhein-Neckar gespeichert und von den beteiligten Stellen verarbeitet werden, soweit dies für die Durchführung des Aufnahmeverfahrens und der anschließenden Behandlung unbedingt erforderlich ist. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt hiervon unberührt. Die Mitarbeiter:innen der beteiligten Einrichtungen unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht und sind zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften, insbesondere des Sozialdatenschutzes, verpflichtet. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung, insbesondere zu den datenschutzrechtlich Verantwortlichen, den Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten sowie zu Ihren Betroffenenrechten (z. B. Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und Widerspruch), finden Sie unter <https://www.bw-lv.de/datenschutz/> oder erhalten Sie auf Anfrage direkt bei uns.

Ort, Datum

Unterschrift (entfällt bei digitaler Bewerbung)

Bitte senden sie uns den ausgefüllten Bewerbungsbogen bevorzugt per Mail an:

aufnahme.rhein-neckar@bw-lv.de

Andernfalls per Post an: Fachklinik Rhein-Neckar
Wilhelmshöhe 6
69168 Wiesloch