

Geplante Therapie

☐ Stationäre Entwöhnung ☐ Kombitherapie ☐ Tagesreha

und

☐ Therapie ohne Substitution ☐ Sure / Sure+ (Therapie unter Substitution)

Personalien

Name:

Vorname:

Geschlecht: ☐ m ☐ w ☐ d

Geburtsdatum:

Staatsangehörigkeit:

Straße:

PLZ:

Ort:	
------	--

Mobil:

E-Mail:

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ in fester Partnerschaft lebend seit _____ ☐ getrennt lebend seit _____
☐ geschieden ☐ verwitwet

Paartherapie: ☐ nein
☐ ja, mit _____ (Name, Vorname)
Bitte beachten: Eigene Bewerbung erforderlich!

Nicht EU-Bürger

☐ Aufenthaltstitel unbefristet ☐ Fiktionsbescheinigung gültig bis _____

Ausweisungsverfahren: ☐ ja ☐ nein

Kind/er

☐ nein ☐ ja → Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Ist das Jugendamt involviert? ☐ nein ☐ ja, weil _____

Sind Sie aktuell schwanger?

☐ nein

☐ ja: Schwangerschaftswoche: _____

Ist die Mitaufnahme eines/mehrerer Kind/er (0-6 Jahre; keine Schulpflicht bis Therapieende) geplant?

☐ nein

☐ ja → Extrabogen *Mitaufnahme Kind* (pro Kind) ausfüllen.

Betreuer/in

Haben Sie eine/n gesetzliche/n Betreuer/in?

☐ nein

☐ ja → Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Mobil: Festnetz:

E-Mail: _____

Suchtmittel (einschließlich Cannabis und Alkohol)

Substanz:	Alter Erstkonsum:	Menge zuletzt:
-----------	-------------------	----------------

Substanz: Alter Erstkonsum: Menge zuletzt:

Substanz: _____ Alter Erstkonsum: _____ Menge zuletzt: _____

Substanz:	Alter Erstkonsum:	Menge zuletzt:
-----------	-------------------	----------------

Substanz:	Alter Erstkonsum:	Menge zuletzt:
-----------	-------------------	----------------

Substanz:	Alter Erstkonsum:	Menge zuletzt:
-----------	-------------------	----------------

Bitte beachten: Entsprechende Vorbefunde mit einreichen!

Körperliche Erkrankungen / Beschwerden / Einschränkungen

- ja (welche?):

Aktuelle verordnete Medikation

Allergien / Nahrungsmittelunverträglichkeiten

☐ ja → ☐ Vegetarisch ☐ Glutenfrei ☐ Ohne Schweinefleisch

☐ nein ☐ ja

Ambulante Psychotherapie		
Wann? (Jahr)	Wo? (welche Klinik/Praxis)	Grund?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Allgemeine relevante Krankenhaus-Behandlungen		
Wann? (Jahr)	Wo? (welche Klinik)	Grund?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Hausärztliche Versorgung		
Wann? (Jahr)	Wo? (welche Praxis)	Grund?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Versicherungsstatus / Leistungsträger		
Krankenversichert: ☐ nein ☐ ja	Krankenkasse:	Ort:
☐ selbst versichert ☐ familienversichert ☐ über Sozialhilfe abgesichert ☐ Sonstiges: _____		
Leistungsträger der Reha: ☐ DRV ☐ Krankenkasse ☐ Sonstiges: _____		
Vermittelnde Suchtberatung / Entgiftungsklinik		
Suchtberatung / Klinik: _____		
Ansprechpartner/-in: _____		
Adresse: _____		
Telefon: _____		
E-Mail: _____		
In welcher Fachklinik wird die Entgiftung durchgeführt?		

Ausbildung, Erwerbstätigkeit, finanzielle Situation		
Schulabschluss:	Berufsausbildung als _____	
	Abgeschlossen: ☐ nein ☐ ja	
Letzte Tätigkeit:	Arbeitgeber:	
Einkommen: ☐ Gehalt ☐ Krankengeld ☐ ALG I ☐ Bürgergeld ☐ Übergangsgeld ☐ Sozialhilfe ☐ Erwerbsminderungsrente ☐ kein Einkommen		
Juristisches		
Befinden Sie sich aktuell in Haft?		
☐ nein		
☐ ja, seit _____ in JVA _____		
Zurückstellung nach §35 BtMG angestrebt? ☐ ja ☐ nein		
Entlassung nach §57StGB? ☐ ja ☐ nein		
Frühere Haftzeiten:		
Wie oft befanden Sie sich in Haft? _____ (Anzahl)		
Wie viele Jahre befanden Sie sich insgesamt in Haft? _____ (Jahre)		
Wie lange war bislang ihre längste Haftstrafe? _____ (Jahre)		
Lebens- / Suchtverlauf		
Bitte beschreiben Sie Ihren bisherigen Lebens- und Suchtverlauf .		

Motivation

Bitte schildern Sie uns Ihre **persönliche Motivation** und Ihre **Erwartungen** an die Therapie.

Weitere benötigte Unterlagen

Bitte senden Sie uns außerdem zu:

- Ärztliche Bescheinigung von Hausarzt bzw. ambulant behandelnden Facharzt und über sämtliche (psychiatrische) Diagnosen
- Aktueller Medikationsplan
- Ärztliche Vorbefunde (u.a. stationäre Voraufenthalte, Befundberichte)
- Für den Fall, dass vor Aufnahme der Entwöhnungsbehandlung keine Entgiftungsbehandlung geplant ist:
Aktueller (= Blutentnahme max. 4 Wochen vor geplanter Aufnahme) Laborbefund (kleines Blutbild; Kreatin, GFR; GOT, GPT, GGT, AP; Natrium, Kalium; CK; CRP)
- Bei bekannter Infektionserkrankung (Hepatitis, HIV): Laborbefunde, ärztliche Bescheinigung zu aktueller Viruslast und Therapiebedürftigkeit.

Hinweis: Sollte eine antivirale Therapie dringend erforderlich sein, sollte diese möglichst im Vorfeld der Aufnahme zur Entwöhnungsbehandlung abgeschlossen sein.

Wir bitten Sie um möglichst zeitnahe und vollständige Zusendung des Bewerbungsbogens und der o.g. Unterlagen; nur dann können wir Ihre Aufnahme in unserer Fachklinik prüfen und einen verbindlichen Aufnahmetermin mit Ihnen planen.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

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 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: Sommerrainweg 10, 74182 Obersulm

V20260601