

# Bewerbungsbogen

bwlv Fachklinik Tübingen • Aufnahmeplanung: Gaby Schmid

Bläsiberg 1 • 72072 Tübingen

Tel. 07071/ 92660 oder 926622 • Fax 07071/ 926699



## Ich bewerbe mich für:

☐

Therapie ohne Substitution

☐

SURE (Therapie unter Substitution)

## Angaben zur Person:

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort u. -Land \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Aufenthalt in Deutschland seit \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
(Straße) (Haus-Nr.) (Postleitzahl) (Stadt)

Telefon / Handy \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass Sie telefonisch erreichbar sein müssen, teilen Sie uns also Änderungen unbedingt mit!

## Welche Suchstoffe konsumieren Sie:

☐

Drogen, welche: \_\_\_\_\_

☐

Medikamente, welche: \_\_\_\_\_

☐

Alkohol

☐

Sonstiges \_\_\_\_\_

☐

Sonstige Süchte (z.B. Spielen, Medien)? \_\_\_\_\_

## Juristisches:

Befinden Sie sich aktuell in Haft? ☐ nein ☐ ja, seit \_\_\_\_\_ Endstrafe: \_\_\_\_\_

Steht Haftantritt bevor? ☐ nein ☐ ja, wann \_\_\_\_\_ ☐ noch unklar

Besteht Rückstellung nach §35 BtMG? ☐ nein ☐ ja oder nach §57 ☐ nein ☐ ja

☐ noch nicht entschieden

Frühere Haftzeiten: Wie oft befanden Sie sich in Haft? \_\_\_\_\_ (Anzahl)

Wie viele Jahr befanden Sie sich insgesamt in Haft \_\_\_\_\_ (Jahre)

## Kostenträger

☐

DRV

☐

Krankenkasse, welche \_\_\_\_\_

☐

Sonstige, welche: \_\_\_\_\_

## Vermittelnde Beratungsstelle:

Name Berater:in: ☐ Frau ☐ Herr \_\_\_\_\_

Beratungsstelle: Name / Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### Körperliche Erkrankungen / Beschwerden / Einschränkungen

☐ nein ☐ ja, welche \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allergien / Nahrungsunverträglichkeiten: ☐ nein ☐ ja, welche \_\_\_\_\_  
Körpergröße \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg

### Haben oder hatten Sie psychische Probleme / Diagnosen?

☐ ADHS im Kindesalter ☐ ADHS im Erwachsenenalter  
☐ Psychose / drogeninduzierte Psychose, wann \_\_\_\_\_  
☐ Sonstige \_\_\_\_\_

### Aktuelle (verordnete) Medikamente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Alle bisherigen stationären Behandlungen:

#### Suchtbezogene Behandlungen:

Entgiftungen: ☐ 1 bis 5 mal ☐ mehr als 5 mal

#### Therapien / Reha-Behandlungen:

| Wann / Jahr | Wo, welche Klinik | Regulär abgeschlossen?        |                             |
|-------------|-------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| _____       | _____             | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| _____       | _____             | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| _____       | _____             | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| _____       | _____             | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

#### Psychiatrische Behandlungen:

| Wann / Jahr | Wo, welche Klinik | Weshalb |
|-------------|-------------------|---------|
| _____       | _____             | _____   |
| _____       | _____             | _____   |
| _____       | _____             | _____   |

#### Allgemeine Krankenhaus-Behandlungen:

| Wann / Jahr | Wo, welche Klinik | Weshalb |
|-------------|-------------------|---------|
| _____       | _____             | _____   |
| _____       | _____             | _____   |
| _____       | _____             | _____   |

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Bewerber:in: \_\_\_\_\_

# Bewerbungsbogen

**bwlv Fachklinik Tübingen • Aufnahmeplanung: Gaby Schmid**

Bläsiberg 1 • 72072 Tübingen

**Tel. 07071/ 92660 oder 926622 • Fax 07071/ 926699**



**Ich bewerbe mich für:**

☐ Therapie ohne Substitution

☐ SURE (Therapie unter Substitution)

**Angaben zur Person:**

Vorname:

Nachname:

Geb.Datum:

Geburtsort u. -Land :

Staatsangehörigkeit:

Aufenthalt in Deutschland seit:

Adresse:

(Straße)

(Haus-Nr.)

(Postleitzahl)

(Ort)

Telefon/Handy:

E-Mail:

**Bitte beachten Sie, dass Sie telefonisch erreichbar sein müssen, teilen Sie uns also Änderungen unbedingt mit!**

**Welche Suchtstoffe konsumieren Sie:**

☐ Drogen, welche:

☐ Medikamente, welche:

☐ Alkohol

☐ Sonstiges:

☐ Sonstige Süchte (z.B. Spielen, Medien etc.):

**Juristisches:**

Befinden Sie sich aktuell in Haft?

☐ nein

☐ ja, seit

Endstrafe:

Steht Haftantritt bevor?

☐ nein

☐ ja, wann

☐ noch unklar

Besteht Rückstellung nach §35 BtMG?

☐ nein

☐ ja

oder nach §57

☐ nein

☐ ja

☐ noch nicht entschieden

Frühere Haftzeiten:

Wie oft befanden Sie sich in Haft?

(Anzahl)

Wie viele Jahre befanden Sie sich insgesamt in Haft

(Jahre)

**Kostenträger**

☐ DRV

☐ Krankenkasse, welche:

☐ Sonstige, welche:

**Vermittelnde Beratungsstelle:**

Name Berater:in:

☐ Frau

☐ Herr

Beratungsstelle: Name / Ort:

Telefon:

**Körperliche Erkrankungen / Beschwerden / Einschränkungen**☐ nein☐ ja, welche**Allergien / Nahrungsunverträglichkeiten:**☐ nein☐ ja, welcheKörpergröße  cmGewicht  kg**Haben oder hatten Sie psychische Probleme / Diagnosen?**☐ ADHS im Kindesalter☐ ADHS im Erwachsenenalter☐ Psychose / drogeninduzierte Psychose, wann☐ Sonstige**Aktuelle (verordnete) Medikamente:****Alle bisherigen stationären Behandlungen:****Suchtbezogene Behandlungen:**Entgiftungen: ☐ 1-5 Mal ☐ mehr als 5 Mal**Therapien / Reha-Behandlungen:**

Wann / Jahr

Wo, welche Klinik

Regulär abgeschlossen

☐ nein ☐ ja☐ nein ☐ ja☐ nein ☐ ja☐ nein ☐ ja**Psychiatrische Behandlungen:**

Wann / Jahr

Wo, welche Klinik

Regulär abgeschlossen

☐ nein ☐ ja☐ nein ☐ ja☐ nein ☐ ja☐ nein ☐ ja**Allgemeine Krankenhaus-Behandlungen:**

Wann / Jahr

Wo, welche Klinik

Regulär abgeschlossen

☐ nein ☐ ja☐ nein ☐ ja☐ nein ☐ ja☐ nein ☐ ja

Ort / Datum:

Unterschrift:

**X**

---

## Information zur Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

### Art. 13 & 14 DS-GVO



#### 1. Verantwortliche für die Datenverarbeitung/ Datenschutzbeauftragter:

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die Geschäftsführung bei **bwlv**,  
Renchtalstrasse 14, 77871 Renchen, Telefon: 07843-949-140, Telefax: 07843-949-168  
E-Mail: [datenschutz@bw-lv.de](mailto:datenschutz@bw-lv.de).  
Datenschutzbeauftragter für **bwlv** ist Herr Yilmaz Özdemir, ASUMED® Von-Hausen-Str. 35, 64653  
Lorsch,  
Tel.: +49 6251/175290, E-Mail: [datenschutz@bw-lv.de](mailto:datenschutz@bw-lv.de).

#### 2. Zweck der Datenverarbeitung:

Zum Zwecke Ihrer Aufnahme, Behandlung, Betreuung bzw. Beratung durch uns und entsprechender Abrechnungen mit Sozialträgern, verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, wie z.B. Name, Vorname, Geburtsdatum und -ort, Gesundheitsdaten, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse, Befunde etc.

#### 3. Anonyme Beratung:

Im Rahmen der ambulanten Beratung können wir Sie auch **anonym** beraten, wenn Sie wünschen. In diesem Falle werden gar keine personenbezogenen Daten von Ihnen verarbeitet. Dies gilt allerdings nur für die formlose Beratung. Bei einer längeren und intensiveren Beratung müssen wir unserer Dokumentations- und Leistungsnachweispflicht nachkommen und Ihre personenbezogenen Daten tatsächlich verarbeiten.

#### 4. Empfänger Ihrer Daten:

Wir verarbeiten Ihre Daten grundsätzlich intern und übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt bzw. Sie uns von unserer Schweigepflicht schriftlich freigestellt haben. Personenbezogene Daten, die durch die in § 203 Strafgesetzbuch genannten Personen erhoben oder diesen sonst bekannt geworden sind, unterliegen auch der Schweigepflicht. In anonymisierter Form, d.h. ohne dass Sie in Ihrer Person identifiziert werden können, dürfen wir Daten an wissenschaftliche Institute übermitteln.

#### 5. Speichern Ihrer Daten:

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten grundsätzlich nur solange auf, wie dies gesetzlich vorgeschrieben ist und löschen diese nach den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen. Im Rahmen der anonymen Beratung werden selbstverständlich gar keine personenbezogenen Daten gespeichert.

#### 6. Ihre Rechte:

Sie haben in Bezug auf die Verarbeitung Ihrer Daten das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit und Widerruf Ihrer Einwilligung (Art. 17 - 21 DS-GVO). In datenschutzrechtlichen Fragen können Sie sich gerne an die Geschäftsführung und/oder den Datenschutzbeauftragten wenden. Es besteht für Sie auch das Recht auf Beschwerde beim Landesbeauftragten für den Datenschutz BW, Königsstraße 10a, 70182 Stuttgart,  
Tel.: 0711/615541, E-Mail: [poststelle@lfdlbw.de](mailto:poststelle@lfdlbw.de) (Art. 77 DS-GVO).

#### 7. Rechtliche Grundlagen:

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten sind in der Regel Artikel 6 Abs. 1 S. 1 lit. a) (Einwilligung), b.) (Vertrag), c) (rechtliche Pflicht) und f) (berechtigzte Interessen) DS-GVO sowie Artikel 9 Absatz 2 Buchst. a) (Einwilligung) und h) (z.B. Gesundheitsvorsorge) DS-GVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 Buchst. b) (z.B. Behandlung im Gesundheits- oder Sozialbereich) Bundesdatenschutzgesetz.

Ihr bwlv-Team

# Einwilligungserklärung



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------|--------------------------|
| Name, Vorname:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Geboren am/in: |                          |
| Anschrift:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Telefon:       |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | E-Mail:        |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Mobil:         |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                | <b>Ja = X</b>            |
| <p>1. Meine personenbezogenen Daten, wie z.B. Gesundheitsdaten dürfen vom <b>bwlV</b> und dessen Beschäftigten nach DS-GVO verarbeitet werden, weil dies für meine Aufnahme, Behandlung, Betreuung bzw. Beratung erforderlich ist.</p> <p>Alle Beschäftigten des <b>bwlV</b> sind zur Verschwiegenheit und zum Sozialgeheimnis verpflichtet. Unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen können Dritte, z.B. Kostenträger und Krankenkassen meine Daten erhalten.</p> <p>Das Formblatt <b>Anhang V</b> „Information zur Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, Art. 13 &amp; 14 DS-GVO)“ habe ich zur Kenntnis genommen.</p> |  |                | <input type="checkbox"/> |
| <p>2. Mir und den unten angegebenen Angehörigen dürfen Sie telefonische Auskünfte erteilen. Eine telefonische Auskunft kann aber nur nach Überprüfung der vollständigen Anschrift, meines Geburtsdatums und – ortes erteilt werden.</p> <p>Angehörige(r): _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                | <input type="checkbox"/> |
| <p>3. Ich bin trotz Aufklärung über die bestehenden Risiken damit einverstanden, dass der <b>bwlV</b> zwecks Abstimmung von Terminen und anderen formalen Angelegenheiten, mit mir per E-Mail oder SMS Kontakt aufnimmt. <b>Dies gilt auch für den Zeitraum nach meiner Entlassung.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                | <input type="checkbox"/> |
| <p>4. Diese Einwilligung (Punkt 2 bis 3) kann ich jederzeit und ohne Gründe für die Zukunft widerrufen. Mir sind meine Rechte als Betroffener bekannt.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                | <input type="checkbox"/> |
| <p>5. Aus fachlichen Gründen besteht Kontakt zur vermittelnden Stelle (z.B. Drogenberatung etc.). Dies beinhaltet die Information über Aufnahme und Entlassung mit Entlassart.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                |                          |
| Ort, Datum:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Unterschrift:  |                          |

# bwlv FACHKLINIK TÜBINGEN

Rehaklinik für Abhängigkeitskranke



Baden-Württembergischer  
Landesverband für Prävention  
und Rehabilitation gGmbH

 FK Tübingen · Bläsiberg 1 · 72072 Tübingen

Medizinische Leitung:  
Prof. Dr. A. Batra

Therapeutische Leitung:  
Dipl.-Psych. J. Schönthal  
Dipl.-Psych. A. Wollinger

Bläsiberg 1  
72072 Tübingen  
Tel.: 07071 9266 0  
Fax: 07071 9266 66

fachklinik-tuebingen@bw-lv.de  
www.bw-lv.de

Hiermit entbinde ich, \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_, für eine  
der Reha vorausgehende Entzugsbehandlung (Entgiftung) die bwlv Fachklinik Tübingen und die  
entziehende Klinik für Belange bezüglich der Aufnahmeplanung wechselseitig von der  
Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Geschäftsführer: Oliver Kaiser · Vorsitzender des Aufsichtsrats: Klaus Brodbeck  
HRB 701425 Amtsgericht Freiburg · Steuer-Nr. 1404706014  
Bankverbindung: SPK Ortenau · IBAN DE08 6645 0050 0004 8572 91 · BIC SOLADES1OFG

Zertifiziert nach:

Mitglied im:



der verband  
der drogen- und  
suchthilfe

