

BEWERBUNGSBOGEN

bwlv Fachklinik Tübingen, Aufnahmeplanung Gaby Schmid,
Bläsberg 1, 72072 Tübingen / Telefon 07071-9266 0 oder 926622 / Fax: 07071-926699

Ich bewerbe mich für

Langzeittherapie Mittelzeit- Kurzzeittherapie Substitutionsgestützte Reha SURE
Kombinationsbehandlung (stationär/ambulant) Adaption

Angaben zur Person

Vorname _____ Nachname _____ Geb. Datum _____

Geb. Ort _____ Staatsangehörigkeit _____

E-Mail Adresse _____

Erreichbarkeit über Telefon oder Handy _____

Aktueller Aufenthaltsort _____

Meldeadresse _____

Eigene Wohnung Bei den Eltern PartnerIn JVA Klinik

Aufenthalt in der BRD seit _____

Familienstand _____ Kinder _____ Alter _____

Schulischer / beruflicher Werdegang

Ausbildung / Studium zum _____
Abgeschlossen abgebrochen

Zuletzt berufstätig als _____

Von _____ bis _____

Arbeitslos seit (Monat/Jahr) _____

Z. Zt. beziehen Sie: Gehalt Krankengeld Übergangsgeld ALG I ALG II (Hartz IV)

Vorbehandlung der Abhängigkeitserkrankung

Abhängigkeit: Drogen Alkohol Medikamente Sonstiges _____

Welche Drogen? _____

Substituiert Nein Ja Substitut / Dosierung _____

Entzugsbehandlungen (Gesamtzahl) _____ Davon abgeschlossen _____ Davon abgebrochen _____

Stationäre Therapieversuche Nein Ja Wie viele? _____

1. Therapie: Wann _____ Wo _____ Dauer _____

Wie beendet: _____

2. Therapie: Wann _____ Wo _____ Dauer _____

Wie beendet: _____

Ambulante Therapie: Wo _____ Dauer _____

Cleanzeiten außerhalb von Institutionen Monate _____ Jahre _____ Weiß nicht

Körperliche Erkrankungen (akut!!)Nein Ja

Welche _____

Allergien

Nein Ja

Welche _____

Lebensmittelunverträglichkeiten

Nein Ja

Welche _____

Essstörungen

Nein Ja

Welche _____

Dauermedikation?

Nein Ja

Welche _____

Soll diese während der Therapie beibehalten werden?

Nein Ja

Befinden Sie sich in psychiatrischer Behandlung?

Nein Ja

Seit _____

Juristische Seite

Z. Zt. in Haft?

Nein Ja

Seit wann? _____

Grund _____

Steht Haftantritt bevor?

Nein Ja

Wann _____

Gerichtsverhandlung (Datum) _____

Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 Btmg?

Ja Nein Noch nicht entschieden

Sonstige Auflagen _____

Frühere Haftzeiten

Nein Ja

Anzahl _____

Wenn Sie bereits inhaftiert waren:

1. Inhaftierung

Wann _____

Grund _____

Dauer _____

2. Inhaftierung

Wann _____

Grund _____

Dauer _____

3. Inhaftierung

Wann _____

Grund _____

Dauer _____

Schulden

Haben Sie Schulden?

Nein Ja

Höhe _____

Anzahl der Gläubiger _____

Wünschen Sie Schuldnerberatung?

Nein Ja **Kostenträger**

An welchen Kostenträger wurde der Kosten-Übernahmeantrag geschickt?

DRV Krankenkasse Bezirk

Versanddatum _____

Vermittelnde Beratungsstelle

Adresse (Stempel)

Berater (Unterschrift) _____

Datum _____ Unterschrift d. Bewerbers/Bewerberin _____