

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 Sustitution

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 Suchtstoffe 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: _____