

# Bewerbungsbogen

## Adaption Tübingen

**Kontaktdaten:** Westbahnhofstr. 2, 72070 Tübingen; Telefon: 07071-5499203, Fax: 07071-5499201

| Ich bewerbe mich für   |   |  |
|--|---|--|
| Ab wann ist eine Therapie gewünscht:   |   | Substitutionsgestützte Reha SURE: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |
| Personalien  |   |  |
| Vorname:   |   | Nachname:  |
| Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d   | Geburtsdatum:                                 | Geburtsort:  |
| Mobil:   |   | E-Mail:  |
| Aktueller Aufenthaltsort   |   |  |
| Straße:  | PLZ:  | Ort:   |
| Familienstand:   |   | Staatsangehörigkeit:   |
| Kinder: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | Wie viele:                                    | Wie alt:   |
| Schulischer/beruflicher Werdegang  |   |  |
| Schulbildung: <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> mittlere Reife <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> kein Abschluss <input type="checkbox"/> Sonstiges            |   |  |
| Ausbildung/ Studium zum:   |   | <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> abgebrochen  |
| Erwerbstätigkeiten:  |   | Wie lange?   |
| Zuletzt berufstätig als:   |   | Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/>  |
| Beziehen Sie: <input type="checkbox"/> Gehalt <input type="checkbox"/> Übergangsgeld <input type="checkbox"/> ALG I <input type="checkbox"/> ALG II (Hartz IV)   |   |  |
| Rentenversichert: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei <input type="text"/>  |   | Krankenkasse: <input type="text"/>   |
| Vorbereitung der Abhängigkeitserkrankung   |   |  |
| Abhängigkeit: <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Spielsucht <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/> |   |  |
| Welche Drogen?   |   | Hauptdroge: <input type="text"/>   |
| Drogenkonsum seit: <input type="text"/>  |   | Abhängigkeit seit: <input type="text"/>  |
| Substituiert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | Substitut und Dosierung: <input type="text"/> |  |
| Frühere Therapien: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/> stationär  |   | Wenn ja, wie viele: <input type="text"/>   |
| 1. Therapie: Wann <input type="text"/> Wo <input type="text"/> Dauer <input type="text"/> Wie beendet <input type="text"/>   |   |  |
| 2. Therapie: Wann <input type="text"/> Wo <input type="text"/> Dauer <input type="text"/> Wie beendet <input type="text"/>   |   |  |
| 3. Therapie: Wann <input type="text"/> Wo <input type="text"/> Dauer <input type="text"/> Wie beendet <input type="text"/>   |   |  |
| Ambulante Therapie: Wo <input type="text"/> Dauer <input type="text"/>   |   |  |
| Letzte Therapie: <input type="checkbox"/> Kurz-Mittelzeit <input type="checkbox"/> Langzeit  |   | Cleanzeiten außerhalb von Institutionen:<br><input type="text"/> Monate <input type="text"/> Jahre <input type="checkbox"/> Weiß nicht |

| Gesundheit   |                  |                       |
|--|------------------|-----------------------|
| In psychiatrischer Behandlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                 |                  | Seit:                 |
| Suizidversuche: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |                  | Wann?                 |
| Sonstige psychische Erkrankungen (z.B.: Depression, Psychose): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, welche? |                       |
| Sonstige körperliche Erkrankungen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                             | Wenn ja, welche? |                       |
| Lebensmittelunverträglichkeiten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                               | Wenn ja, welche? |                       |
| Allergien: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   | Wenn ja, welche? |                       |
| Essstörungen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | Wenn ja, welche? |                       |
| Dauermedikation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   | Welche?          |                       |
| Soll diese während der Therapie beibehalten werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein            |                  |                       |
| Juristische Seite  |                  |                       |
| Besteht derzeit eine Auflage (§35 o. ä.)?  |                  |                       |
| Gibt es anstehende Verhandlungen?  |                  |                       |
| Frühere Haftzeiten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | Wie lange:       | Gründe:               |
| Schulden   |                  |                       |
| Haben Sie Schulden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | Höhe:            | Anzahl der Gläubiger: |
| Vermittelnde Einrichtung   |                  |                       |
| Name Klinik/ stationäre Einrichtung:   |                  |                       |
| Straße:  | PLZ:             | Ort:                  |
| Telefon:   | Fax:             | E-Mail:               |
| Derzeitige/r Therapeut/in:   |                  |                       |
| Unterschrift Vermittler/Berater-Stempel  |                  |                       |

Ort, Datum

Unterschrift