


<p align="center">Fachklinik Friedrichshof</p>	<p align="center">Bewerbungsbogen für externe Bewerber Adaptionsphase</p>	 <p align="center"><small>Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH</small></p>
<p align="center">Angaben zur Person</p>		
Name	Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort	
Staatsangehörigkeit	Aufenthalt in BRD seit	
Familienstand	Kinder (Anzahl; Alter)	
<p align="center">Kontaktdaten</p>		
Meldeadresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		
<p align="center">Zutreffendes bitte ankreuzen!</p>		
<input type="checkbox"/> eigene Wohnung <input type="checkbox"/> bei den Eltern <input type="checkbox"/> Partner/in	<input type="checkbox"/> JVA <input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Sonstiges	
Email	Telefon	
Aktueller Aufenthaltsort (falls abweichend von Meldeadresse):		
Bewerbung für <input type="checkbox"/> Adaption	<input type="checkbox"/> Nachsorge	
<p align="center">Schulischer / beruflicher Werdegang</p>		
Ausbildung zur/zum	<input type="checkbox"/> Abgeschlossen <input type="checkbox"/> abgebrochen	
Studium (Fachrichtung)	<input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> abgebrochen	

zuletzt berufstätig als		
von	Bis	
arbeitslos seit		
Wie wird aktuell der Lebensunterhalt bestritten?		
<input type="checkbox"/> Gehalt <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Übergangsgeld	<input type="checkbox"/> ALG I <input type="checkbox"/> ALG II (Hartz IV) <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Schulden		
Bestehen aktuell Schulden?	Falls ja	Schuldnerberatung erwünscht?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Höhe: Anzahl der Gläubiger:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Fragen zur Abhängigkeitserkrankung		
Wovon besteht eine Abhängigkeit?		
<input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Glücksspiel <input type="checkbox"/> Computer <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Welche Drogen wurden konsumiert?		
Substituiert?	Falls ja	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Substitut: Dosierung:	
Bisheriger Behandlungsverlauf		
Bisherige Entzugsbehandlungen: davon abgeschlossen: davon abgebrochen:	Stationäre Therapieversuche: davon abgeschlossen: davon abgebrochen:	
Ambulante Therapie Wann:..... Wo:..... Dauer:.....	Cleanzeiten außerhalb von Institutionen <input type="checkbox"/> Jahre <input type="checkbox"/> Monate <input type="checkbox"/> Unbekannt	

Andere Erkrankungen		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Falls ja, welche?	
Dauermedikation <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:	Falls ja, soll diese während der Adaption / Nachsorge beibehalten werden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Befinden Sie sich in psychiatrischer Behandlung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei:		
Juristische Fragen		
Aktuelle Bewährungsstrafe <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Falls ja von: bis: Grund:	Auflagen
Steht Haftantritt bevor? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am:	Steht eine Gerichtsverhandlung bevor? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am:	
Besteht eine Zurückstellung der Strafvollstreckung nach §§35/36 BtMG?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> noch nicht entschieden
Frühere Haftstrafen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Falls ja Wann: Dauer: Grund:	
Sonstiges		
Sollen Haustiere mitkommen? <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja Welche:	

<input type="checkbox"/> ja	Rasse: Alter:
Bemerkungen	
Kostenträger	
Wurde der Kostenübernahmeantrag bereits versandt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am:	Falls ja, welcher Kostenträger? <input type="checkbox"/> DRV <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Sonstige:
Vermittelnde Beratungsstelle (Stempel)	Berater*in
Datum	Unterschrift des Bewerbers*in: