

Sehr geehrte Rehabilitandin, sehr geehrter Rehabilitand,

um Sie während der Adaption möglichst gut unterstützen zu können, müssen wir eine zutreffende Vorstellung von Ihren Lebensumständen und konkreten Problemen bekommen. Wir werden versuchen, gemeinsam mit Ihnen im Gespräch zu klären, welche Ziele Sie erreichen möchten und wie uns das gelingen könnte.

Zur Vorbereitung dieses Gesprächs bitten wir Sie, die folgenden Fragen so gut wie möglich zu beantworten. Es ist viel Platz für Antworten vorhanden. Sollte der Platz trotzdem nicht ausreichen, schreiben Sie bitte unter Angabe der Nummer auf der Rückseite weiter.

Vielen Dank!

<b>Name, Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	Datum: _____ geboren in: _____
<b>Staatsangehörigkeit</b>	
<b>Familienstand</b>	
<b>Polizeilich gemeld. / Wohnsitz</b>	
<b>Kontakt:</b>	Telefon: _____ Email: _____
<b>Notfallkontakt:</b>	
<b>Partnerschaft:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Aktuell in</b>	Lübeck <input type="checkbox"/> , Freudenholm <input type="checkbox"/> , Parber <input type="checkbox"/> , Do it! <input type="checkbox"/> , Wiehengebirgsklinik <input type="checkbox"/> , Fr.-Petersen <input type="checkbox"/> , Luzin <input type="checkbox"/> , Hansenbarg <input type="checkbox"/> , Altenkirchen <input type="checkbox"/> , Brilon Wald <input type="checkbox"/> , Schweriner See <input type="checkbox"/> , Eschenberg-Wildpark <input type="checkbox"/> , Visbek <input type="checkbox"/> , Berghof <input type="checkbox"/> , St. Marienstift <input type="checkbox"/> , MEDIAN Klinik..... <input type="checkbox"/> , andere: _____
<b>Dortige/r Therapeut/in</b>	
<b>Aufenthalt bis: (Therapieende)</b>	



<b>Hunde (Therapiehund)</b>	Angst: _____ Allergie: _____
<b>Beschwerden/Belastungen/Probleme</b>	
<b>Suchterkrankung: (Alkohol, Drogen, Medikamente, Glücksspiel) (bitte Suchtverlauf, seit wann, welche Suchtmittel, Dosis, abstinente Phase) ggf. Extrazettel</b>	
<b>Psychische Verfassung/ Erkrankung (Diagnosen, wenn bekannt)</b>	
<b>Körperliche Erkrankungen Ausstehende OPs</b>	
<b>Chronische Erkrankungen:</b>	Hepatitis (A, B, C) <input type="checkbox"/> HIV-Infektion <input type="checkbox"/> andere (welche): _____
<b>Haben Sie schon Behandlungen speziell wegen der körperlichen Probleme in Anspruch genommen? Wenn ja, welche?</b>	
<b>Nehmen Sie Medikamente wg. körperlicher Probleme? (welche)</b>	

<b>Kontakt mit dem Suchhilfesystem</b>  (bitte Anzahl und Jahr angeben)	Beratungsstelle:  Entgiftung:  Entwöhnungsbehandlung:  Adaption:
<b>Biographie, Lebensgeschichte</b>	
<b>Mutter, Stiefmutter</b>	Name:  geboren am:  verstorben am:  Beruf:  Anschrift:  Telefon:  Kontakt:    ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Vater, Stiefvater</b>	Name:  geboren am:  verstorben am:  Beruf:  Anschrift:  Telefon:  Kontakt:    ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Sind Sie oder Ihre Eltern nach Deutschland eingewandert? (Migrationshintergrund)</b>	Ja, meine Eltern aus:  Ja, ich selbst aus:

<b>Geschwister:</b>	1. Name: Geboren: <span style="float: right;">verstorben:</span> Kontakt? 2. Name: Geboren: <span style="float: right;">verstorben:</span> Kontakt?
<b>Kinder:</b>	<input type="checkbox"/> ja, wo leben die: <input type="checkbox"/> nein
<b>Betreiben Sie Glücksspiel? Wenn ja, seit wann? Welche?</b>	
<b>Nutzen Sie Computer und Internet sehr häufig? Wenn ja, was genau nutzen Sie?</b>	
<b>Von welchen Suchtmittel bzw. welchem süchtigen Verhalten (Glücksspiel/Internet) sind Sie abhängig?</b>	
<b>Wie kam es dazu, dass Sie suchtkrank wurden? Wozu war das süchtige Verhalten gut? Besondere Erlebnisse oder Vorkommnisse in der Familie / Kindheit / Erwachsenenalter</b>	

<b>Rückfall in der jetzigen Klinik</b>	<input type="checkbox"/> ja, wann: <input type="checkbox"/> nein
<b>Von welchen Suchtmitteln/süchtigem Verhalten möchten Sie abstinent leben, von welchen nicht?</b>	
<b>Forensische Anamnese</b>	
<b>Vorstrafen</b>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Haft:           nein <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/> , wenn ja (Zeitraum)  Bewährung: ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/> , wenn ja (Zeitraum) auf  Auflage einer forensischen Nachsorge ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/> wenn ja, Zeitraum? Welche Ambulanz? Muss eine Strafzahlung geleistet werden?   ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/>  Gibt es eine Ratenvereinbarung deswegen?   ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/>  Muss einem Gericht, Staatsanwaltschaft oder anderen der aktuelle Aufenthaltsort mitgeteilt werden, oder mitgeteilt werden, dass eine Adaption gemacht wird? (Ggf. auf rechtzeitige Meldung hinweisen!)  ja <input type="checkbox"/>  nein <input type="checkbox"/>

⇒ Hinweis	<i>Bei Auflage zur selbstständigen Meldung an juristischen Stellen muss d. Pat. dort rechtzeitig die Adaptionsbehandlung bekannt geben.</i>
⇒ Hinweis	<i>In diesem Fall muss eine Schweigepflichtentbindung ggü. den jeweiligen Stellen abgegeben werden.</i>
<b>Laufende / offene Verfahren:</b>	nein <input type="checkbox"/> , ja, welche <input type="checkbox"/>
<b>Berufs- und Arbeitsanamnese</b>	
<b>Höchster Schulabschluss:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ohne Hauptschulabschluss</li> <li><input type="radio"/> Hauptschulabschluss</li> <li><input type="radio"/> Mittlere Reife, Realschulabschluss</li> <li><input type="radio"/> Polytechnische Oberschule</li> <li><input type="radio"/> Fachhochschulreife</li> <li><input type="radio"/> Hochschulreife</li> <li><input type="radio"/> Anderer Schulabschluss, welcher:</li> </ul>
<b>Tätigkeit vor Therapiebeginn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Auszubildender</li> <li><input type="radio"/> Angestellter</li> <li><input type="radio"/> Beamter</li> <li><input type="radio"/> Arbeiter</li> <li><input type="radio"/> Facharbeiter</li> <li><input type="radio"/> Selbstständiger/Freiberufler</li> <li><input type="radio"/> Mithelfender Familienangehöriger</li> <li><input type="radio"/> Arbeitsloser</li> <li><input type="radio"/> Schüler</li> <li><input type="radio"/> Hausfrau /-mann</li> <li><input type="radio"/> Rentner / Pensionär</li> <li><input type="radio"/> Sonstige:</li> </ul>
<b>Schwerbehindert</b>	nein <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/> (GdB?)
<b>Fahrerlaubnis</b>	vorhanden <input type="checkbox"/> , nie gehabt <input type="checkbox"/> , wg. Suchtmittel am Steuer verloren <input type="checkbox"/> (bei Alkohol <input type="text"/> ‰) anderweitig verloren <input type="checkbox"/>

<b>Rechtl. Betreuung?</b>	nein <input type="checkbox"/> ja, für welche Aufgabenbereiche:
<b>Haftpflichtversicherung?</b>	nein <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/>
<b>Wünsche und Ziele in der Adaption</b>	
<b>Was erhoffen Sie sich von einer Adaption? Berufliche und private Wünsche, Ziele:</b>	

**Berufstätigkeiten / arbeitssuchend / Familienzeiten / Wehr- und Zivildienst**

Von – bis Monat / Jahr	Bezeichnung der Tätigkeit	Konkrete kurze Tätigkeitsbeschreibung (inklusive ehrenamtliche Tätigkeiten, geförderte Maßnahmen (z. B 1€-Jobs) Teilzeittätigkeiten, Mini-Jobs und Praktika)	Name und Ort des Betriebes /

### Schulabschluss, Ausbildungen, Weiterbildungen

von – bis Monat / Jahr	Berufsausbildung und Weiterbildung	Name und Ort des Ausbildungsbetriebes	Abschluss

