



Do it! Aufnahmestelle, Mecklenburger Landstr. 60, 23570 Lübeck

Bewerbungsfragebogen DO IT! - Aufnahme

Familienname:.....Vornamen:.....

geb. am:.....in:.....Geburtsname:.....

Anschrift:.....Ort:.....

Letzte Meldeanschrift:.....Ort/Kreis.....

Staatsangehörigkeit:.....Aufenthaltsurlaubnis gültig bis:.....

Familienstand: ledig verheiratet geschieden getrennt Kinder: ja nein Anzahl:

Wohnverhältnisse: habe eigene Wohnung lebe in WG bei Eltern/Partner Obdachlos

Ehe/Partnerschaft:

Habe keine/n Partner/in Habe eine/n Partner/in Der Partner/in ist ebenfalls Abhängig? nein

ja von:..... (welchen Stoffen) Die Partnerschaft besteht seit:

Ich wünsche mir eine Paartherapie im Do it! ja nein Mein/e Partner/in macht eine Therapie in der Einrichtung (Name/Anschrift):

=====

Anschrift /Drogenberatungsstelle:.....

Name des Beraters/in:.....Tel:.....

=====

Schulausbildung:..... abgeschlossen: ja nein

Berufsausbildung:..... abgeschlossen: ja nein

Studium:..... abgeschlossen: ja nein

=====

Hafterfahrung: nein ja wie lange ? z. Zt. in Haft? ja nein

=====

Letztes Arbeitsverhältnis:? von.....bis.....als.....

Arbeitgeber:.....

Arbeitslos? seit.....bekomme ALG I / ALG II / HARTZ IV :

Krankenkasse:.....beziehe Krankengeld: janein seit.....

Erhalte Taschengeld seit von Amt/Dienststelle:

.....

Foto

Gesundheitsbild

Haben Sie körperliche Erkrankungen: nein ja

Sind Sie deswegen zur Zeit in Behandlung? nein ja

Bei ja - welche Erkrankungen:

und welche Behandlung :.....

Psychiatrieaufenthalte (nicht Entgiftung wegen psychiatrischer Erkrankung z.B. Depression, ADHS, Psychose > nicht Drogen iniziert ? nein ja wann ?.....Warum/Diagnose?.....

Ambulante Behandlung einer psychiatrischen Erkrankung (Hausarzt, Psychiater etc.) nein ja

Bei ja - welche Erkrankungen:

und welche Behandlung :.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? nein ja welche?.....

In welcher Dosierung?.....Diagnose:.....

Haben Sie Allergien? nein ja welche?.....

Besteht eine anerkannte Erwerbsminderung: ja nein bei ja > wie viel %

Cleanstatus:

Sind Sie clean? ja nein Was nehmen Sie und in welcher Dosierung?.....

Sind Sie im Methadonprogramm? ja seit wann?..... nein

Haben Sie Beikonsum? nein ja welche (Stoffe).....wie oft?.....

Wo werden Sie entgiftet (Krankenhaus etc.)?.....

Ist das Ihre erste Entgiftung? ja nein die..... (Anzahl)

.....

.....

Haben Sie bereits Therapieerfahrung? ja nein bei ja > von.....bis

Im Do it! , andere Einrichtung:.....
=====

Abhängigkeitsdauer:.....Jahre, Stoffe:.....

Wer ist Kostenträger (Name).....VN:.....
=====

Bei Therapieerfahrung (Bitte den Entlassungsbericht der Einrichtung/en für uns anfordern).

Schilderung der Therapieerfahrung unter den Gesichtspunkten: was hat Ihnen gut gefallen, was hat Ihnen weniger gut gefallen? Welchen Inhalt hatte die Therapie (Psycho-/Gestalttherapie, Arbeitstherapie/Ergotherapie etc.)? Haben Sie sich in der Gruppe wohl gefühlt oder eher weniger wohl?

Wer oder was motiviert Sie hier im Do it! Therapie zu machen und was ist Ihr persönliches Therapieziel?

Wie wurden Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam (Empfehlung etc.)?