

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!

Name, Vorname	
Geburtsdatum	Datum: _____ geboren in: _____
Staatsangehörigkeit	
Familienstand	
Polizeilich gemeld. / Wohnsitz	
Kontakt:	Telefon: _____ Email: _____
Notfallkontakt:	
Partnerschaft:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Aktuell in	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: _____
Dortige/r Therapeut/in	
Aufenthalt bis: (Therapieende)	

Letzter Aufenthalt vor der Fachklinik	Eigene Wohnung <input type="checkbox"/> Bei Eltern <input type="checkbox"/> anderen <input type="checkbox"/> (wem?)
Soziale Kontakte	Haben Sie gute Kontakte zu Ihrer Familie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Im Freundeskreis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Leben Sie eher zurückgezogen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie finanzieren Sie Ihren Lebensunterhalt?	Berufstätig <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Übergangsgeld <input type="checkbox"/> ALG I <input type="checkbox"/> ALG II <input type="checkbox"/>
Finanzielle Probleme / Schulden	Welche: in welcher Höhe: Regulierung geregelt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Rechtliche Betreuung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kostenträger	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> DRV Nord <input type="radio"/> Bund <input type="radio"/> KBS <input type="radio"/> BS-H, <input type="radio"/> OL-HB <input type="radio"/> Westfalen, <input type="radio"/> Mittel-D <input type="radio"/> Hessen <input type="radio"/> Bayern Süd <input type="radio"/> Bayern Nord <input type="radio"/> Rheinland <input type="radio"/> andere
Krankenversicherung (welche)	
Status Krankenversicherung	geregelt <input type="checkbox"/> ungeregelt <input type="checkbox"/> , inwiefern?

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

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

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

Rückfall in der jetzigen Klinik	<input type="checkbox"/> ja, wann: <input type="checkbox"/> nein
Von welchen Suchtmitteln/süchtigem Verhalten möchten Sie abstinent leben, von welchen nicht?	
Forensische Anamnese	
Vorstrafen	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>
Laufende / offene Verfahren:	nein <input type="checkbox"/> , ja, welche <input type="checkbox"/>
Berufs- und Arbeitsanamnese	
Höchster Schulabschluss:	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ohne Hauptschulabschluss <input type="radio"/> Hauptschulabschluss <input type="radio"/> Mittlere Reife, Realschulabschluss <input type="radio"/> Polytechnische Oberschule <input type="radio"/> Fachhochschulreife <input type="radio"/> Hochschulreife <input type="radio"/> Anderer Schulabschluss, welcher:
Tätigkeit vor Therapiebeginn	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Auszubildender <input type="radio"/> Angestellter <input type="radio"/> Beamter <input type="radio"/> Arbeiter <input type="radio"/> Facharbeiter <input type="radio"/> Selbstständiger/Freiberufler <input type="radio"/> Mithelfender Familienangehöriger <input type="radio"/> Arbeitsloser <input type="radio"/> Schüler <input type="radio"/> Hausfrau /-mann <input type="radio"/> Rentner / Pensionär <input type="radio"/> Sonstige:
Schwerbehindert	nein <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/> (GdB?)
Fahrerlaubnis	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"/>

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

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

