

Anmeldebogen/Bewerbungsbogen

stadt.mission.mensch

Adaption Kiel – stadt.mission.mensch gmbH

Wichtig: Bitte füllen Sie den Bogen sorgfältig und leserlich aus, damit wir Ihnen schnell und kompetent weiter helfen können. **Kontakt**daten: Adaption Kiel, Hasseer Str. 22, 24113 Kiel, Telefon: 0431-260 44 474 , Fax -479, adaption@stadtmission-mensch.de

Personalien					
Name:			Vorname:		
Geschlecht: ☐ m ☐ w ☐ d	Geburtsdatum:	Geburtsname:		Geburtsort:	
Telefon:		Mobil:		E-Mail:	
Straße:		PLZ:	Ort:		
Aktueller Aufenthaltsort/aktuelle Wohnsituation, wenn abweichend von obiger Adresse					
Straße:		PLZ:	Ort:		
Familienstand:		Staatsangehörigkeit:		Kinder: ☐ keine ☐ ja	Wie viele?:
Vermittelnde Stelle					
Name Klinik/stationäre Einrichtung:					
Straße:		PLZ:	Ort:		
Telefon:		Fax:		E-Mail:	
Name der/s vermittelnden Therapeuten/in				Ende d. Entwöhnungsbehandlung	
Ausbildung, Erwerbstätigkeit					
☐ erwerbstätig	seit:	Arbeitgeber:			
Adresse/Ort:					
☐ krank geschrieben/ krank gemeldet	seit:	☐ arbeitslos ≤ 12 Monate	seit:	☐ arbeitslos > 12 Monate	seit:
☐ berentet	seit:	☐ in Schule/ in Ausbildung	seit:	☐ Gelegenheitsjob	seit:
Ausbildung als:			Letzte ausgeübte Tätigkeit:		
bei (Arbeitgeber):			Adresse/ Ort:		
Eigenfinanzierung					
☐ ALG I	muss umgemeldet/beantragt werden durch:				
☐ ALG II	muss umgemeldet/beantragt werden durch:				
☐ Übergangsgeld	☐ Krankengeld	☐ Sozialhilfe	☐ sonstiges		

1

Versicherungsstatus			
Rentenversichert: ☐ nein ☐ ja, bei:			
Versicherungs-Nummer:			
Krankenkasse:			
Indikation			
Abhängigkeit von: ☐ Alkohol ☐ Drogen ☐ Medikamente ☐ Spielsucht /Medien			
Drogenkonsum seit:		Hauptdroge:	
Bisher substituiert: ☐ ja ☐ nein		Substitut: (Substitut muss bis zur Aufnahme i.d. Adaption abgesetzt sein).	
Gesundheit			
Aktuelle Erkrankung(en): Aktuelle Befund(e) vorlegen!			
Körperl. Erkrankungen: ☐ ja ☐ nein		Welche?	
In psychiatrischer Behandlung: ☐ ja ☐ nein		seit:	
Suizidversuche: ☐ ja ☐ nein		Wann?	
☐ Ich nehme keine Medikamente ein. ☐ Ich nehme regelmäßig verschreibungspflichtige Medikamente ein. ☐ Ich habe in Kiel eine/n Arzt/ Ärztin, d. mir meine Medikamente verschreibt ☐ Ich muss mir in Kiel noch eine/n Arzt/ Ärztin suchen, d. mir meine Medikamente verschreibt.			
Allergien:		Lebensmittelunverträglichkeiten:	
Medikamentenliste			
Medikament (z. B. Thyronajod)	Grund (z. B. Schilddrüse)	Dosierung (z. B. ½ Tablette tägl.)	Behandelnder Arzt /Ärztin
Fragen zu Vorbehandlungen			
Frühere Therapien: ☐ keine ☐ ambulant ☐ teilstationär ☐ stationär			wenn Therapie, wie viele?
Letzte Therapie: ☐ Kurz-/Mittelzeit ☐ Langzeit		Wie wurde die Therapie beendet? ☐ regulär ☐ abgebrochen mit anschließender Nachsorge/Adaption? _____	
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? ☐ Recherche ☐ Flyer ☐ sonstiges:			
Empfehlung durch: ☐ Vorbehandler ☐ Suchtberatungsstelle ☐ Rehabilitanden			

Welche Ziele haben Sie für die Adaptionsbehandlung in Bezug auf Ihre..
Suchterkrankung?

berufliche Perspektive?		
Wohnsituation? ⇒ Ist mittelfristig der Umzug in eine betreute Wohneinrichtung geplant? ☐ nein ☐ ja, weil:		
Beziehungen zu Familie, Freunden, Bekannten		
Freizeitgestaltung?		
finanzielle Angelegenheiten (ggf. Regulierung etwaiger Schulden)?		
Ihre Mitwirkung ist gefragt		
Sind Sie ausdrücklich bereit während der Adaptionsbehandlung Praktika zu absolvieren?		
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Im erlernten Beruf ☐ ja ☐ nein In welchen Betrieben / Bereichen? Mindestens 3 Betriebe benennen. 1. _____ 2. _____ 3. _____ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Zur beruflichen Neuorientierung ☐ ja ☐ nein In welchen Betrieben / Bereichen? Mindestens 3 Betriebe benennen. 1. _____ 2. _____ 3. _____ </td> </tr> </table>	Im erlernten Beruf ☐ ja ☐ nein In welchen Betrieben / Bereichen? Mindestens 3 Betriebe benennen. 1. _____ 2. _____ 3. _____	Zur beruflichen Neuorientierung ☐ ja ☐ nein In welchen Betrieben / Bereichen? Mindestens 3 Betriebe benennen. 1. _____ 2. _____ 3. _____
Im erlernten Beruf ☐ ja ☐ nein In welchen Betrieben / Bereichen? Mindestens 3 Betriebe benennen. 1. _____ 2. _____ 3. _____	Zur beruflichen Neuorientierung ☐ ja ☐ nein In welchen Betrieben / Bereichen? Mindestens 3 Betriebe benennen. 1. _____ 2. _____ 3. _____	
✓ Mir ist bekannt, dass ich mich in der Adaption selber verpflegen muss und das seine Kautions für den Zimmerschlüssel in Höhe von 30 € am Aufnahmetag zu hinterlegen ist. ✓ Weiterhin ist mir bekannt, dass ich ein vollmöbliertes Apartment beziehe und die Mitnahme eigener Möbel sowie die Unterbringung von Fahrrädern o.ä. im Apartment nicht gestattet ist.		

Information zum Datenschutz: Informationen, die das Aufnahmeverfahren betreffen, werden zwischen den Mitarbeitern der Beratungsstelle, der Rehabilitationseinrichtung und der Entzugsklinik ausgetauscht. Mit der Speicherung der angegebenen Daten, Namen, Anschriften, Telefonnummern und Versicherungsträger in der Rehabilitationsdatei der Reha-Einrichtung bin ich einverstanden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht und sind dazu verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen zum Sozialdatenschutz einzuhalten.

Bitte beachten Sie: Wir benötigen einen Lebenslauf u. einen Suchtverlauf von Ihnen! Bitte diesem Anmeldebogen beifügen.

Ort, Datum

Unterschrift