

# Anmeldebogen/Bewerbungsbogen

## Adaption Kiel – stadt.mission.mensch gGmbH

**Wichtig: Bitte füllen Sie den Bogen sorgfältig und leserlich aus, damit wir Ihnen schnell und kompetent weiter helfen können.**

**Kontaktdaten:** Adaption Kiel, Hasseer Str. 22, 24113 Kiel, Telefon: 0431-260 44 474 , Fax -479, adaption@stadtmission-mensch.de

Personalien					
Name:		Vorname:			
Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja	Wie viele?:
Schulbildung: <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> mittlere Reife <input type="checkbox"/> Abitur/ Hochschulreife <input type="checkbox"/> kein Abschluss <input type="checkbox"/> sonstiges					
Vermittelnde Stelle					
Name Klinik/stationäre Einrichtung:					
Straße:		PLZ:	Ort:		
Telefon:		Fax:		E-Mail:	
Name der/s vermittelnden Therapeuten/in					Ende d. Entwöhnungsbehandlung
Ausbildung, Erwerbstätigkeit					
<input type="checkbox"/> erwerbstätig	seit:	Arbeitgeber:			
Adresse/Ort:					
<input type="checkbox"/> krank geschrieben/ krank gemeldet	seit:	<input type="checkbox"/> arbeitslos ≤ 12 Monate	seit:	<input type="checkbox"/> arbeitslos > 12 Monate	seit:
<input type="checkbox"/> berentet	seit:	<input type="checkbox"/> in Schule/ in Ausbildung	seit:	<input type="checkbox"/> Gelegenheitsjob	seit:
Ausbildung als:			letzte ausgeübte Tätigkeit:		
bei (Arbeitgeber):			Adresse/ Ort:		
Eigenfinanzierung					
<input type="checkbox"/> ALG I	muss umgemeldet/beantragt werden durch:				
<input type="checkbox"/> ALG II	muss umgemeldet/beantragt werden durch:				
<input type="checkbox"/> Übergangsgeld <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Sozialhilfe <input type="checkbox"/> sonstiges					

## Versicherungsstatus

Wann wird die derzeitige stationäre Therapie beendet (= Wechsel in die Adaption) Datum:

Rentenversichert:  nein  ja, bei:

Versicherungs-Nummer:

Krankenkasse:

Krankenkasse (Ort):

Versicherungs-Nummer:

Gültigkeit KV-Karte:

selbst versichert  familienversichert  über Sozialhilfe versichert  auslandsversichert

## 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

## Letzte Fragen

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

**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