Anmeldebogen/Bewerbungsbogen

stadt.mission.mensch

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 731, 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

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.

Sollten Sie auf eine BTM-pflichtige ADHS-Medikation eingestellt sein, müssen Sie sich bereits VOR Adaptionsantritt um die Weiterversorgung während der Adaptionszeit kümmern. Die Adaption hat keinerlei Möglichkeiten einer Verschreibung.

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

Im Rahmen der Adaptionsbehandlung sind externe Praktika zu absolvieren. Planen Sie diese im erlernten Beruf oder in einem ggf. neuen Beruf?

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 Kaution 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 _____