

Anmeldebogen/Bewerbungsbogen

Adaptionszentrum Fellbach

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

Kontaktdaten: Adaptionszentrum Fellbach, Ringstr. 20-22, 70736 Fellbach; Telefon: 07031 21 81-400/-409, Fax: 07031 21 81 94 00

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 Vermittlerin/s, der/s Beraters/in:					
Unterschrift Vermittler/Berater-Stempel					
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: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei:			
Versicherungs-Nummer:			
Krankenkasse:		Krankenkasse (Ort):	
Versicherungs-Nummer:		Gültigkeit KV-Karte:	
<input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> über Sozialhilfe versichert <input type="checkbox"/> auslandsversichert			
Indikation			
Abhängigkeit von: <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Spielsucht			
Drogenkonsum seit:		Hauptdroge:	
Substituiert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Substitut:	
Gesundheit			
Aktuelle Erkrankung(en): Aktuelle Befund(e) vorlegen!			
Körperl. Erkrankungen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Welche?	
In psychiatrischer Behandlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		seit:	
Suizidversuche: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Wann?	
Dauermedikation: <input type="checkbox"/> ja (Wenn ja, bitte unten aufgeführte Medikamentenliste ausfüllen) <input type="checkbox"/> nein			
Allergien:		Lebensmittelunverträglichkeiten:	
Medikamentenliste			
Medikament (z. B. Thyronajod)	Grund (z. B. Schilddrüse)	Dosierung (z. B. ½ Tablette tägl.)	Behandelnder Arzt (z. B. Dr. Mustermann/Musterort)
Letzte Fragen			
Frühere Therapien: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/> stationär			wenn Therapie, wie viele?
Letzte Therapie: <input type="checkbox"/> Kurz-Mittelzeit <input type="checkbox"/> Langzeit		Wie wurde die Therapie beendet? <input type="checkbox"/> regulär <input type="checkbox"/> abgebrochen	
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? <input type="checkbox"/> Recherche <input type="checkbox"/> Flyer <input type="checkbox"/> sonstiges:			
Empfehlung durch: <input type="checkbox"/> Vorbehandler <input type="checkbox"/> Suchtberatungsstelle <input type="checkbox"/> 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 Lebensverlauf und einen Suchtverlauf von Ihnen! Bitte diesem Anmeldebogen beifügen.

Ort, Datum

Unterschrift