

# 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; Tel.: 07031 2181-400/-409, Fax: 07031 2181 9400

Personalien			
Name:		Vorname:	
Straße:		Geschlecht:	m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>
PLZ:		Geb. Datum:	
Ort		Geb. Name:	
Telefon:		Geb. Ort::	
Mobil:			
E-Mail			
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			
Tel:			
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-Nr.:			
Krankenkasse (KK):		KK Ort:	
Versicherungs-Nr.:			
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):		<b>Aktuelle Befund(e) vorlegen!!!</b>	
Körperl. Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Welche?	
In psychiatrischer Behandlung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	seit:	
Suizidversuche:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wann?	
Dauermedikation:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, bitte unten aufgeführte Medikamentenliste ausfüllen	
Allergien:			
Lebensmittelunverträglichkeiten:			

Medikamentenliste			
Medikament	Grund	Dosierung	Behandelnder Arzt
<i>z.B. Thyronajod</i>	<i>Schilddrüse</i>	<i>z.B. ½ Tablette tägl.</i>	<i>Dr. Mustermann/Musterort</i>

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			

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