



Fragebogen

AAA - Aufnahme und Ambulante Angebote

Herzlich Willkommen!

Sie haben sich für die Abstinenz entschieden und wir freuen uns, Sie demnächst in einer unserer Einrichtungen aufnehmen zu können.

Damit wir Sie gut auf dem Weg beraten können, möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen gut leserlich auszufüllen.

Vielen Dank.

Name: _____

Ich interessiere mich für:

- Ganztägig ambulant in DIE TAGESKLINIK
- Stationäre Behandlung in DIE PFALZBURGER
- Ambulante Behandlung in der Ambulanten Reha Sucht

Kombi-Behandlung (stationär / ganztägig / ambulant) nach Rücksprache möglich



Tannenhof Berlin-Brandenburg gGmbH

Aufnahme und Ambulante Angebote

Blissestraße 2-6

10713 Berlin

Tel: 030 - 863 91 90 - 0

Fax: 030 - 863 91 90 - 73

aufnahme-team@tannenhof.de



Fragebogen

AAA - Aufnahme und Ambulante Angebote

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so vollständig wie möglich aus und bringen Sie ihn zum Erstgespräch mit.

Name, Vorname: _____

Geb. Datum / Ort: _____

Straße: _____

PLZ – Ort: _____

Telefon Mobil: _____

E-Mail: _____

Familienstand: _____

Seit wann: _____

Anzahl der Kinder: _____

Alter der Kinder: _____

Nationalität: _____

Rentenversicherungsträger: _____

Rentenversicherungsnummer: _____

Suchtberatungsstelle (Adresse): _____

Suchtberater: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Hausarzt und / oder Psychologe: _____

Gesetzliche Betreuung: ja nein

Name/Anschrift: _____

(Bitte Betreuerausweis in Kopie beifügen)



Fragebogen

AAA - Aufnahme und Ambulante Angebote

1. Suchtanamnese

1.1. Welche Suchtmittel haben Sie konsumiert/konsumieren Sie? Bitte machen Sie Angaben zu allen Substanzen und unterstreichen Sie das Hauptsuchtmittel.

Stoffgebundene Süchte

Substanz	Beginn	Menge	Letzter Konsum	Substanz	Beginn	Menge	Letzter Konsum
Nikotin				Alkohol			
Cannabis/THC				Amphetamine/ Speed			
Opiate/Heroin				Tilidin/ Schmerzmittel			
Kokain				Crystal Meth/ Meth- amphetamin			
GBL/GHB				Ketamin/ Mephedron			
Extasy/MDMA				Legal Highs/ CBD			
Benzodiazepine				Substitution z.B. Methadon, Subutex			
Sonstiges							

Nicht-stoffgebundene Süchte

Sucht	Zeitraum	Sucht	Zeitraum
Essstörungen		Mediensucht	
Spielsucht		Kaufsucht	
Sexsucht		Arbeitssucht	

1.2. Welche Funktionen hat das jeweilige Suchtmittel und in welchen Situationen konsumieren Sie?



Fragebogen

AAA - Aufnahme und Ambulante Angebote

1.3. Welche Erfahrungen haben Sie im Zusammenhang mit Ihrem Suchtmittelkonsum gemacht?

Krampfanfälle ja nein wann / Häufigkeit: _____

Überdosis: ja nein wann / Häufigkeit: _____

Delir: ja nein wann / Häufigkeit: _____

Entzugssymptome: ja nein wann / Häufigkeit: _____

Gab es in Ihrem Leben bislang Suizidversuche?

ja nein wann / Häufigkeit: _____

In welcher Lebenssituation befanden Sie sich?

1.4. Wie hoch schätzen Sie Ihre Abhängigkeit ein?

körperlich stark mittel leicht

seelisch stark mittel leicht

1.5. Gab es konsumfreie Zeiten?

nein mal mehrere Tage mal 2 – 3 Wochen mal mehrere Monate

Längere konsumfreie Zeiten: _____

1.6. Wer oder was hat Sie in dieser Zeit unterstützt?

Sind Sie derzeit abstinent? ja nein

Wann war der letzte Suchtmittelkonsum? _____

Besuchen Sie regelmäßig Selbsthilfegruppen? ja nein



Fragebogen

AAA - Aufnahme und Ambulante Angebote

1.7. Entzugsbehandlung / Entwöhnungsbehandlung

Entzugsbehandlung / Entgiftung:

Gesamtzahl: _____ Zeitraum: _____

Letzte Klinik: _____

Entwöhnungsbehandlungen / Therapie:

Gesamtzahl: _____

Einrichtungen: _____

Zeitraum: _____ regulär beendet? _____

Welche Wünsche haben Sie bezüglich Ihrer Suchterkrankung?

2. Weitere Erkrankungen

Soweit ärztliche Unterlagen (z.B. Entlass-Bericht nach Entzugsbehandlung) vorhanden, bitte in Kopie beifügen.

Liegt bei Ihnen eine behandlungsbedürftige Krankheit und / oder Folgeerkrankung vor?

Bluthochdruck ja seit: _____ Angst / Panik ja seit: _____

Diabetes Typ I / II ja seit: _____ Depressionen ja seit: _____

Leberzirrhose ja seit: _____ Bipolare Störung ja seit: _____

Herzerkrankungen ja seit: _____ Borderline-Störung ja seit: _____

Epilepsie ja seit: _____ Psychosen ja seit: _____

HIV ja seit: _____ Schizophrenie ja seit: _____

HEP C ja seit: _____ ADHS ja seit: _____

Polyneuropathie ja seit: _____

Andere: _____



Fragebogen

AAA - Aufnahme und Ambulante Angebote

Welche Medikamente werden aktuell eingenommen?

Sind oder waren Sie wegen einer dieser Erkrankungen schon einmal in ärztlicher Behandlung?

ja nein

Wenn ja, wann und wer war die behandelnde Klinik/der behandelnde Arzt?

3. schulischer und beruflicher Werdegang

Schulabschluss: _____

Berufsausbildung: _____

Berufsabschluss ja nein

3.1. Berufliche Situation

Sind Sie aktuell erwerbstätig? ja nein

Tätigkeitsbezeichnung: _____

Sind Sie aktuell arbeitslos? ja nein

seit wann: _____

Liegt eine Arbeitsunfähigkeit / Krankschreibung vor? ja nein

seit wann: _____

Welches Einkommen haben Sie zurzeit?

Gehalt Krankengeld sonstiges

ALG I Bürgergeld

Welche Wünsche haben Sie bezüglich Ihrer beruflichen/schulischen Situation?



Fragebogen

AAA - Aufnahme und Ambulante Angebote

4. Soziales Umfeld

Leben Sie aktuell in einer Partnerschaft? ja nein

Konsumiert Ihr Partner Suchtmittel? ja nein

Würde Ihr Partner Sie bei einer Therapie unterstützen? ja nein

Gibt es Suchterkrankungen in Ihrer Familie? ja nein

Gibt es Suchterkrankungen in Ihrem Freundeskreis? ja nein

Welche Wünsche haben Sie bezüglich Ihres sozialen Umfeldes?

4.1. Wohnsituation

- Mietwohnung Untermiete Wohngemeinschaft
 ohne festen Wohnsitz Heim / Betreutes Wohnen Eigentum Wohnung / Haus

sonstige Wohnform: _____

Welche Wünsche haben Sie bezüglich Ihrer Wohnsituation?

4.2. Finanzielle Verhältnisse

Schulden ja nein

Wenn ja, gibt es bereits Hilfe zur Schuldenregulierung? ja nein

Welche Wünsche haben Sie bezüglich Ihrer finanziellen Situation?



Fragebogen

AAA - Aufnahme und Ambulante Angebote

5. Strafrechtlicher Werdegang

Sind Sie bislang strafrechtlich in Erscheinung getreten? ja nein

Falls ja, senden Sie uns erforderliche Unterlagen (z.B. Urteil, Bewährungs- und Therapieauflagen) in Kopie zu.

Um welche Straftaten handelt es sich hierbei?

Gab es diesbezüglich Verurteilungen? ja nein
 §35 BtmG §64 StGB

Falls Ja, mit welchem Strafmaß?

Welche Auswirkung hatten Ihre Straftaten auf mögliche Opfer?

Gibt es offene Verfahren: ja nein

Falls Ja, um welche Straftaten handelt es sich hierbei?

Welche Wünsche haben Sie für Ihre Zukunft?
