



# Bewerberfragebogen

Adaptionshaus Neuruppin

## Fragen zu Ihrer Adoptionsbehandlung

Sehr geehrte Rehabilitandin, sehr geehrter Rehabilitand!

wir freuen uns, dass Sie sich für eine Adoptionsbehandlung in unserem Hause interessieren. Wir möchten Sie bitten, den folgenden Fragebogen auszufüllen und an uns zurückzusenden. **Den letzten Teil des Fragebogens lassen Sie bitte durch Ihren behandelnden Arzt ausfüllen.** Falls Ihnen einige Fragen unklar sein sollten, wenden Sie sich bitte an Ihren Bezugstherapeuten oder Arzt. Auch wir stehen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Ansprechpartner für Bewerbungen im Adaptionshaus Neuruppin ist **Herr Schulz**, telefonisch erreichbar: Mo, Di, Mi, Fr. von 9:00 Uhr bis 16:00 Uhr.  
Tel. Nr. **03391 398686** Fax. **03391 659523**

### 1. PERSÖNLICHE ANGABEN

Name; Vorname.....

Geburtsdatum und Ort: .....

Heimatanschrift:.....

Handy Nr.:.....

E-Mail:.....

### 2. BEHANDLUNGSANGABEN

Ich bewerbe mich mit Kind  ja  nein

- Bei „ja“, bitte Zusatzbogen „Bewerbung mit Kind“ anfordern.

Ich bewerbe mich mit Partner/in  ja  nein

- Bei „ja“, bitte Name des/r Partners/in angeben .....

### 3. ANGABEN ZUR AKTUELLEN BEHANDLUNG

Name der jetzigen Behandlungseinrichtung/Klinik:

.....

Bezugstherapeut/in / Gruppentherapeut/in (Tel./E-Mail):

.....

Sozialdienst (Tel./E-Mail):.....

Arzt / Ärztin (Tel./E-Mail):.....

**Wichtig!** Voraussichtlicher Entlassungstermin:



# Bewerberfragebogen

Adaptionshaus Neuruppin

Kostenträger (bitte die zugehörige Region, z.B. DRV Berlin oder DRV Bund angeben)

- Anschrift:.....
- Versicherungsnummer: .....

Krankenkasse:

- Anschrift:.....
- Mitgliedsnummer:.....

Gab es während der aktuellen Behandlung einen Rückfall? O ja O nein

- Wenn „ja“: wann und mit welchem Suchtmittel?.....  
(Bitte senden Sie uns ihre Rückfallbilanz zu)

Durch welche Beratungsstelle sind Sie in Therapie vermittelt worden?

(Name, Anschrift): .....

## 4. ANGABEN ZU VORBEHANDLUNGEN

Wie viele stationäre Therapien haben Sie durchgeführt? .....

- Wann und wo war das? .....

Ich habe schon einmal eine Adaptionsbehandlung durchgeführt: O ja O nein

- wenn „ja“: wann und wo?.....

Waren Sie in psychiatrischer Behandlung? O ja O nein

Ist eine psychiatrische Diagnose gestellt worden? O ja O nein

Erhielten Sie durch einen Psychiater verordnete Medikamente? O ja O nein

- Wenn „ja“: Welche? .....

## 5. ANGABEN ZU IHRER BEWERBUNG

Welche Suchtmittel haben Sie konsumiert? Was war Ihr Hauptsuchtmittel?

Bitte geben Sie an, warum Sie eine Adaptionsbehandlung durchführen wollen:

Bitte geben Sie an, warum Sie dafür unsere Einrichtung ausgewählt haben:



# Bewerberfragebogen

Adaptionshaus Neuruppin

Welche **Ziele** haben Sie sich für die Adaptionsbehandlung gesetzt?  
(z.B. bezüglich auf Ihre Suchterkrankung, Ihre berufliche Zukunft, Ihre Freizeitgestaltung,  
Ihre Wohnsituation)

Versuchen Sie Ihre Ziele so konkret wie möglich zu beschreiben.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Haben Sie eine Ausbildung abgeschlossen?

ja  nein

➤ Ausbildungsberuf:

Welche beruflichen Erfahrungen haben Sie bisher gesammelt?

In welchem beruflichen Bereich haben Sie zuletzt gearbeitet?

Seit wann sind Sie arbeitslos?

Gibt es zeitnah zur Aufnahme weitere Termine (Gericht u. ä.), die mit uns vorbesprochen werden sollten?

Gab es eine Beratung bezüglich einer eventuellen Umschulung/beruflichen Qualifizierungsmaßnahme

durch einen Reha-Berater ?

ja  nein

durch die Arbeitsagentur/Jobcenter?

ja  nein

durch einen Berater der DRV?

ja  nein

➤ Wenn „ja“, mit welchem Ergebnis?.....

Wurde ein Antrag für eine Umschulung / berufliche Rehamassnahme gestellt

ja  nein

---

**Datum und Unterschrift Bewerber/In**

Wir bedanken uns für Ihre Mühe

**Ihr Adaptionsteam**



# Bewerberfragebogen

Adaptionshaus Neuruppin

## Von dem behandelnden Arzt der Einrichtung auszufüllen:

Welche 1.) suchtmmedizinischen, 2.) psychiatrischen, oder 3.) somatischen Diagnosen liegen bei Herrn/Frau .....vor?

1. -

2. -

3. -

Sind hierdurch qualitativen oder quantitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gegeben?

ja  nein

Steht die ggf. zusätzlich vorliegende psychische Erkrankung im Vordergrund?

ja  nein  entfällt

Welche Medikamente werden verordnet?

Ist der Patient hinsichtlich der ggf. zusätzlich vorliegenden psychischen oder körperlichen Erkrankung den Anforderungen an Selbstversorgung, eigenständiger Gestaltung des Tagesablaufes und den Belastungen einer Praktikumsstätigkeit während der Adaption gewachsen?

ja  nein  entfällt

Stehen in nächster Zeit Behandlungen an, durch die die Adaptionsbehandlung länger als 2 Wochen unterbrochen würde?

ja  nein

(Bei mehr als 2-wöchiger Unterbrechung der Adaptionsbehandlung, bzw. Arbeitsunfähigkeit wegen einer Erkrankung oder Krankenhausbehandlung muss die Adaptionsbehandlung in der Regel vorzeitig beendet werden)

Name, Datum, Unterschrift des Arztes und Stempel der Einrichtung