



# Bewerberfragebogen

Adaptionshaus Berlin, Zentrum IV

## Fragen zu Ihrer Adoptionsbehandlung

Sehr geehrte Rehabilitandin, sehr geehrter Rehabilitand!

Sie interessieren sich für eine Adoptionsbehandlung in unserem Hause. Um Ihnen die Entscheidung, bei uns eine Adoptionsbehandlung durchführen zu wollen, zu erleichtern und um uns die Möglichkeit zu geben, Sie besser kennen zu lernen, möchten wir 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.

Ansprechpartnerin für Bewerbungen im Adaptionshaus Berlin ist  
**Herr Hackenberg**, (Tel. Nr.: 030 – 536 750 -0 oder -42; Fax: 030 – 536 750 -47)  
telefonisch erreichbar: Dienstag & Donnerstag 10-12 Uhr, Mittwoch 14-16 Uhr

### 1. PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und Ort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Handy Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### 2. BEHANDLUNGSANGABEN

Ich bewerbe mich mit Kind O ja   O nein

➤ wenn „ja“, bitte Zusatzbogen „Bewerbung mit Kind“ anfordern.

Ich bewerbe mich mit Partner/in O ja   O nein

➤ wenn „ja“, bitte Name des/r Partners/in angeben: \_\_\_\_\_

### 3. ANGABEN ZUR AKTUELLEN BEHANDLUNG:

Name und Anschrift Ihrer jetzigen Behandlungseinrichtung:

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

Arzt / Ärztin (Tel.): \_\_\_\_\_

**Wichtig!** Voraussichtlicher Entlassungstermin:



# Bewerberfragebogen

Adaptionshaus Berlin, Zentrum IV

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:



## Bewerberfragebogen

Adaptionshaus Berlin, Zentrum IV

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

Welche **Ziele** haben Sie sich für die Adaptionstherapie 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?

ja  nein

durch einen Berater der DRV?

ja  nein

➤ Wenn „ja“, mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

Wurde ein Antrag für eine Umschulung / berufliche Reha-  
maßnahme gestellt?

ja  nein

---

**Datum und Unterschrift Bewerber/In**

Wir bedanken uns für Ihre Mühe  
**Ihr Adaptionsteam**



# Bewerberfragebogen

Adaptionshaus Berlin, Zentrum IV

## Von dem behandelnden Arzt der Einrichtung auszufüllen:

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

1. -

2. -

3. -

Welche qualitativen oder quantitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit sind gegeben?

Steht die ggf. zusätzlich vorliegende psychische Erkrankung im Vordergrund?

ja  nein  entfällt

Welche Medikamente werden verordnet?

Ist der Rehabilitand hinsichtlich der ggf. zusätzlich vorliegenden psychischen oder körperlichen Erkrankung den Anforderungen an Selbstversorgung, eigenständiger Gestaltung des Tagesablaufes und den Belastungen einer Praktikumstätigkeit 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