



Bewerbungsfragebogen

Adaptionshaus Berlin

Fragen zu Ihrer Adaptionsbehandlung

Sehr geehrte*r Rehabilitand*in!

Sie interessieren sich für eine Adaptionsbehandlung in unserem Hause. 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 Ihrer*n Bezugstherapeut*in oder Ärztin*Arzt. Auch wir stehen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Ansprechpartner für Bewerbungen im Adaptionshaus Berlin ist **Herr Hackenberg**,
telefonisch unter: 030 – 536 750 -0 oder -42
per Fax unter : 030 – 536 750 – 50 oder
per Mail unter : aufnahme.adaptionberlin@tannenhof.de

1. PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum und Ort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Handy Nr.: _____

E-Mail: _____

2. BEHANDLUNGSANGABEN

Ich bewerbe mich mit Kind ja nein

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

Ich bewerbe mich mit Partner*in ja nein

➤ wenn „ja“, bitte Name des*r Partner*in angeben: _____

3. ANGABEN ZUR AKTUELLEN BEHANDLUNG:

Name und Anschrift Ihrer jetzigen Behandlungseinrichtung:

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

Sozialdienst (Tel./E-Mail): _____

Ärztin* Arzt (Tel.):

Wichtig! Voraussichtlicher Entlassungstermin:



Bewerbungsfragebogen

Adaptionshaus Berlin

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? ja 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: ja nein

- wenn „ja“: wann und wo? _____

Waren Sie in psychiatrischer Behandlung? ja nein

Ist eine psychiatrische Diagnose gestellt worden? ja nein

Erhielten Sie durch eine*n Psychiater*in verordnete Medikamente? ja 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:



Bewerbungsfragebogen

Adaptionshaus Berlin

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

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?

ja nein

durch eine*n Berater*in der DRV?

ja nein

➤ Wenn „ja“, mit welchem Ergebnis? _____

Wurde ein Antrag gestellt:

für eine Umschulung

ja nein

berufliche Rehamassnahme gestellt?

ja nein

Datum und Unterschrift Bewerber/In

Wir bedanken uns für Ihre Mühe
Ihr Adaptionsteam



Bewerbungsfragebogen

Adaptionshaus Berlin

Von der*dem behandelnden Ärztin*Arzt der Einrichtung auszufüllen:

Welche 1.) suchtmedizinischen, 2.) psychiatrischen, oder 3.) somatischen Diagnosen liegen bei dem*der Rehabilitand*invor?

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*die Rehabilitand*in 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 entfällt

(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 der*des Ärztin*Arztes und Stempel der Einrichtung