

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Einrichtung!

Sie haben sich bei uns angemeldet, um eine Therapie zu machen. Damit wir Sie vorweg ein wenig kennenlernen, möchten wir Sie bitten, die nachstehenden Fragen so genau wie möglich bzw. ausführlich auszufüllen und den Fragebogen an uns zurück zu schicken.

Selbstverständlich werden alle Daten vertraulich behandelt und an keine anderen Institutionen oder Behörden weitergegeben! Ihre Angaben sollen helfen, unserem Team ein erstes Bild von Ihnen zu vermitteln.

WICHTIG: Bitte melden Sie sich nach Absenden des Fragebogens **1 x wöchentlich** telefonisch bei uns. Die Telefonzeiten sind wie folgt:

Montag bis Freitag: 08.30 – 12.00 Uhr (Sekretariat der Therapiestation)

Montag: 14.00 – 17.00 Uhr (Aufnahmeteam: Anja Posch oder Julia Moosmann)

Nach mehrmaligem Melden werden Sie zu einem persönlichen Erstgespräch bei uns eingeladen.

Ihre persönlichen Daten:

Vorname

Nachname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon 1

Telefon 2

Email

Versicherungsnummer

Geburtsdatum

Ihre wichtigste Bezugsperson

Telefonnummer Bezugsperson (wenn möglich)

Bei Minderjährigen:

Name(n) des(r) Erziehungsberechtigten (gesetzlicher Vertreter)

Telefonnummer(n) des(r) Erziehungsberechtigten (gesetzlicher Vertreter)

Krankenversichert über

Liegt eine Rezeptgebührenbefreiung vor? Ja Nein

Haben Sie ein offenes Gerichtsverfahren? Ja Nein

Mit welcher Drogenberatungsstelle stehen Sie in Kontakt?

Name Ihres Betreuers

Fragen zu Ihrem Lebenslauf:

1. Wo sind Sie geboren und aufgewachsen?

2. Name, Alter und Beruf Ihrer Eltern?

Wie ist Ihre Beziehung zu den Eltern? **Sehr Gut** **OK** **Schlecht** **Keinen Kontakt**

Leben Ihre Eltern zusammen oder getrennt ? Seit wann: _____

Bei welchem Elternteil sind Sie aufgewachsen? _____

3. Haben Sie Geschwister und wie alt sind sie?

4. Haben Sie Ihre Schul- und Berufsausbildung abgeschlossen? **Ja** **Nein**

Wenn ja, welche? _____

5. Bei welchen Arbeitgebern haben Sie gearbeitet? Wer war Ihr letzter Arbeitgeber?

6. Sind Sie arbeitslos? Wenn ja, seit wann?

7. Zivilstand **ledig** **verheiratet** **geschieden**

8. Haben Sie Kinder? Wenn ja, wie viele und wann wurden sie geboren?

9. Sind Sie in einer festen Beziehung?

Ja

Nein

Wenn ja, wie lange?

10. Hat Ihr Partner ein Suchtproblem?

Ja

Nein

11. Haben Sie Vorstrafen bzw. waren Sie im Gefängnis oder/und haben Sie Schulden?

12. Wohnen Sie mit jemandem zusammen?

13. Rauchen Sie?

Ja

Nein

Wann war Ihre erste Zigarette?

Seit wann rauchen Sie regelmäßig?

Wie viel rauchen Sie pro Tag?

14. Wann war Ihr erster Alkoholrausch?

Wie viel trinken Sie in welchem Zeitraum?

Trinken Sie alleine?

Ja

Nein

War Alkohol für Sie jemals ein Problem?

Ja

Nein

15. Fragen zum Drogenkonsum

Welche Substanzen nehmen Sie ein?	Leitdroge	Begleitdroge	Alter bei Erstkonsum	Wann war der letzte Konsum
Heroin				
Methadon				
Buprenorphin z. B. Subutex				
Morphin in Retardform z. B. Substitol				
Anderes Opioid:				
Kokain				
Amphetamine z. B. Speed, Crystal Meth				
MDMA z. B. Ecstasy oder Derivate				
Anderes Stimulans:				
Benzodiazepine				
LSD, Pilze				
Cannabis				
Schnüffelstoffe				
Alkohol				
Andere Drogen:				
z. B. Ketamin				

16. Sind Sie im Substitutionsprogramm? Ja Nein

 Wenn ja, derzeitiger Beikonsum? Ja Nein

17. Konsumieren Sie intravenös? Ja Seit wann? _____ Nein

18. Hatten Sie je eine Überdosis? Ja Wie viele? _____ Nein

19. Besteht eine Verhaltenssucht, wie Glücksspiel-, Internet-, Kauf-, Sexsucht etc.? Ja Nein

20. Hatten Sie jemals eine Essstörung, wie Bulimie Anorexie, large Eating Disorder? Ja Nein

21. Waren Sie je stationär im Entzug/Therapie? Ja Nein

 Wenn ja, wo? _____

22. Gibt es in Ihrer Familie Alkohol-,
Medikamenten- oder Drogenprobleme? Ja Nein

23. Gibt es in Ihrer Familie psychiatrische
Krankheiten oder Selbstmordversuche? Ja Nein

24. Sind Sie auf etwas allergisch? _____ Ja Nein

25. Gab es bei Ihrer Schwangerschaft/Geburt Probleme? Ja Nein

26. Welche Krankheiten bzw. Operationen hatten Sie und wann?

Waren Sie jemals bewusstlos oder hatten einen epileptischen Anfall? Ja Nein

27. Haben Sie jemals versucht sich das Leben zu nehmen? Ja Nein

28. Bisherige Krankenhausaufenthalte: Wann und weshalb?

29. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?

30. Welche Hobbys haben Sie?

31. Was motiviert Sie eine Therapie zu machen?

Bitte schicken Sie uns Ihren Lebenslauf entweder per Post, Fax oder per E-Mail unter
lukasfeld@mariaebene.at zurück.

Vielen Dank und liebe Grüße,
Ihr Team Lukasfeld