



Therapeutischer Hof Toppenstedt, Aufnahme, Hauptstraße 30, 21442 Toppenstedt

Bewerbungsfragebogen - Aufnahme

Familienname:.....Vornamen:.....

geb. am:.....in.....Geburtsname:.....

Aktuelle Anschrift

Straße:.....Postleitzahl:.....Ort:.....

Telefon:.....E-Mail Adresse:.....

Wohnverhältnisse: eigene Wohnung lebe in WG: bei Eltern/Partner Obdachlos

Letzte Meldeanschrift:

Anschrift Straße:.....Postleitzahl:.....Ort:.....

Staatsangehörigkeit:.....Aufenthaltserlaubnis: Ja/Nein Gültig bis:.....

Familienstand: ledig verheiratet geschieden getrennt Kinder Ja/Nein Anzahl:

Drogenberatungsstelle: Ja/Nein

Anschrift Straße:.....Postleitzahl:.....Ort:.....

Name des Beraters:.....Telefon:.....

Voraussichtlicher Kostenträger:.....

Anschrift Straße:.....Postleitzahl:.....Ort:.....

Krankenversicherung: Ja/Nein Name:.....

Anschrift Straße:.....Postleitzahl:.....Ort:.....

Haben Sie Therapieerfahrung? : Ja/Nein

Wenn Ja, in welchen Einrichtungen?

Name Einrichtung:.....von:.....bis:.....

Name Einrichtung:.....von:.....bis:.....

Welche Sucht?

Drogen: Ja/Nein Abhängigkeitsdauer: von:.....bis:.....

Alkohol: Ja/Nein Abhängigkeitsdauer: von:.....bis:.....

Medien: Ja/Nein Abhängigkeitsdauer: von:.....bis:.....

Andere: Ja/Nein Abhängigkeitsdauer: von:.....bis:.....

Hafterfahrung:

Haben Sie Hafterfahrung? Ja/Nein

Wenn ja alle Aufenthalte mit Dauer benennen

Name JVA:..... von:..... bis:.....

Name JVA:..... von:..... bis:.....

Zurzeit in Haft?: Ja/Nein

Name JVA:..... seit:..... bis:.....

Ausbildung:

Schulbildung (höchster Schulabschluss).....Abgeschlossen: Ja/Nein

Berufsausbildung:.....Abgeschlossen: Ja/Nein

Studium:Abgeschlossen: Ja/Nein

Arbeit:

Haben Sie Arbeit? Ja/Nein

Letztes Arbeitsverhältnis als:.....wo:.....bis:.....

Sind Sie Arbeitslos? Ja/Nein seit wann:.....

Beziehen Sie Arbeitslosengeld? Ja/Nein ALG I oder ALGII seit:

Beziehen Sie Krankengeld? Ja/Nein seit:

Verfügen Sie über ein anderes Einkommen? Ja/Nein seit:

Gesundheit:

Haben Sie körperliche Einschränkungen? Ja/Nein

Wenn ja, welche:.....

Sind Sie deshalb z.Zt. in Behandlung? Ja/Nein

Wenn ja, welche:.....

Haben Sie Allergien? Ja/Nein

Wenn ja welche:.....

Hatten Sie Psychiatrieaufenthalte? Ja/Nein

Wenn ja, wann:.....Diagnosen:.....

Hatten Sie Ambulante Psychiatrische Behandlungen? Ja/Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja/Nein

Wenn ja, welche:..... Dosierung:..... Diagnose:.....

Wenn ja, welche:..... Dosierung:..... Diagnose:.....

Wenn ja, welche:..... Dosierung:..... Diagnose:.....

Gab es Selbstmordversuche? Ja/Nein und/oder selbstverletzendes Verhalten? Ja/Nein

Sind Sie aktuell abstinent? Ja/Nein

Wenn nein, was nehmen Sie? :..... Dosierung:.....

Wenn nein, was nehmen Sie? :..... Dosierung:.....

Wenn nein, was nehmen Sie? :..... Dosierung:.....

Sind Sie im Substitutionsprogramm? Ja/Nein seit wann:.....

Haben Sie Beikonsum? Ja/Nein

Wenn ja, welche Stoffe? Menge:

In welcher Klinik werden Sie entgiftet? :.....

Ist das Ihre erste Entgiftung? Ja/Nein Wenn nein, die wievielte:.....

Partnerschaft:

Haben Sie eine/n Partner/in? Ja/Nein Die Partnerschaft besteht seit:

Wenn ja, ist Ihr/e Partner/in ebenfalls abhängig? Ja/Nein

Wenn ja, von welchen Stoffen?.....

Wünschen Sie eine Paartherapie? Ja/Nein

Mein/e Partner/in macht eine Therapie in der Einrichtung:

Anschrift Straße:..... Postleitzahl:..... Ort:.....

Bei Therapieerfahrung:

Schilderung der Therapieerfahrung unter folgenden Gesichtspunkten: Was hat Ihnen gut gefallen? Welchen Inhalt hatte die Therapie (Psycho-/Gestaltungstherapie, Arbeitstherapie/ Ergotherapie etc.)? Haben Sie sich in der Gruppe wohlfühlt oder eher weniger wohl? Wenn nein, was hat Ihnen Schwierigkeiten bereitet?

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

Wie wurden Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam?

.....
.....

Was motiviert sie im Therapeutischen Hof Therapie zu machen? Welche persönlichen Therapieziele haben Sie?

.....

.....

.....

Bitte ergänzen Sie den Bewerbungsbogen um einen kurzen selbstformulierten Lebenslauf. Nehmen Sie dabei auf folgende Stichpunkte Bezug:

Familie:

- Wie sind Sie aufgewachsen? Von wem wurden Sie betreut (Eltern, Großeltern, Erzieher)? Leben bzw. lebten Ihre Eltern zusammen? Wie war das Verhältnis zur Ihrer Mutter Ihrem Vater? Haben Sie Geschwister, wie war der Kontakt zu Ihnen? Wie sind Ihre Bezugspersonen mit Ihnen umgegangen? Gab es Heimaufenthalte?
- Wie war Ihr Kontakt zu anderen Kindern?
- Zu welchen Menschen haben Sie heute Kontakt (Eltern, Geschwister, Freunde, Arbeitskollegen)?
- Gab es / gibt es in Ihrer Familie Suchterkrankungen und oder psychische Erkrankungen (bei Eltern, Großeltern, Geschwistern)?