

Therapeutischer Hof Toppenstedt, Aufnahme, Hauptstraße 30, 21442 Toppenstedt

Bewerbungsfragebogen – Aufnahme
 Alle Angaben unterliegen unserer Schweigepflicht und dem Datenschutz!

Familienname:Vornamen:

geb. am:in:Geburtsname:

Aktuelle Anschrift

Straße:Postleitzahl:Ort:

Telefon:Mobil:E-Mail:

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

Staatsangehörigkeit:Aufenthaltslaubnis: Ja Nein Gültig bis:

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

Gesetzliche Betreuung: Ja Nein Name/Anschrift:

Drogen/ Drogenberatungsstelle:

Haben Sie Kontakt zu einer Drogenberatungsstelle? Ja Nein Name:

Anschrift: Straße: Postleitzahl: Ort:

.....

Name des Beraters:Telefon:

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:

Was haben Sie bis jetzt alles konsumiert?.....

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 ml: seit wann:

Haben Sie Beikonsum? Ja Nein

Wenn ja, welche Stoffe? Menge:

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

Grund der Haftierung :

Name JVA/ Beratung durch:seit:bis:

Antrag nach §35 BtmG? Ja Nein

andere vorzeitige Entlassungen?wann?

Ausbildung:

Schulbildung (höchster Schulabschluss):Abgeschlossen: Ja Nein

Berufsausbildung:Abgeschlossen: Ja Nein

Studium:Abgeschlossen: Ja Nein

Arbeit:

Arbeiten Sie derzeit? Ja Nein

(Letztes) Arbeitsverhältnis als:bis:

(Letzter) Arbeitgeber:WO:

Sind Sie Arbeitslos? Ja Nein seit wann:

Welches Jobcenter betreut Sie? Berater/in:

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:

Voraussichtlicher Kostenträger:

Anschrift: Straße:Postleitzahl:Ort:

Krankenversicherung: Ja Nein KV Nr.: Name:

Anschrift: Straße:Postleitzahl: Ort:

Haben Sie Therapieerfahrung? : Ja Nein

Wenn Ja, in welchen Einrichtungen?

Name Einrichtung:von:bis:

Name Einrichtung:von:bis:

Hatten Sie Psychriatrieaufenthalte? Ja Nein

Wenn ja, wann:Diagnosen:

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

Waren Sie in ambulanten Psychiatrischen Behandlungen? Ja Nein

In welcher Klinik werden Sie entgiftet?

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

Wurden bei Ihnen seelische/ psychische Krankheiten diagnostiziert? Ja Nein

Wenn ja, welche:

Wurden bei Ihnen körperliche/ physische Krankheiten diagnostiziert? Ja Nein

Wenn ja, welche:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

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

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

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

Haben Sie Medikamentenallergien? Ja Nein

Wenn ja, welche:

Haben Sie körperliche Einschränkungen? Ja Nein

Wenn ja, welche:

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

Wenn ja, welche:

Haben Sie Allergien z.B. Heuschnupfen, Lebensmittel, Gewürze, etc.? Ja Nein

Wenn ja, welche und welche Probleme/Auswirkungen haben sie durch den evtl. Verzehr:

.....

Haben Sie Lebensmittelunverträglichkeiten wie z.B. Gluten, Lactose etc.? Ja Nein

Wenn ja, welche:

Gibt es in Ihrer Ernährung etwas Besonderes zu beachten (z.B. Vegetarisch, Vegan, kein Schwein, kein Fisch usw.)?

Ja Nein

Wenn ja, was:

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)?