

**Ambulant betreutes Wohnen für
Menschen mit Suchterkrankung**

Stadtmission Nürnberg e.V.

Martin-Treu-Str. 27
90403 Nürnberg

Tel: 0911/ 37 65 63-0
Fax: 0911/37 65 63-26
Email: nachsorge@stadtmission-nuernberg.de
Homepage: www.nachsorge-nuernberg.de

Anfragebogen

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns über Ihr Interesse. Für die Aufnahme- und Betreuungsplanung benötigen wir diesen Bogen ausgefüllt zurück.

Sollten Sie bei der Beantwortung der Fragen Unterstützung brauchen, wenden Sie sich an uns oder die zuständigen Mitarbeitenden Ihrer vermittelnden Einrichtung.

Um dann mit Ihrer Therapieeinrichtung/Beratungsstelle/Antragsteller und den zuständigen Kostenträgern Rücksprache nehmen zu können, benötigen wir von Ihnen eine Schweigepflichtsentbindung. Ein entsprechendes Formular ist am Ende beigefügt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

1. Adresse- und Kontaktdaten:

Name: _____	Vorname: _____	Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____	Herkunftsland: _____	Staatsangehörigkeit: _____
Familienstand: _____	Handy/Tel.: _____	Email: _____
Kinder/Alter: _____	_____	_____

2. Vermittelnde Einrichtung:

Name: _____

Anschrift: _____

Ansprechpartner (zuständige/r Sozialdienst / Therapeut/in oder Berater/in): _____

Tel.: _____ Fax: _____ Email: _____

3. Gewünschter Aufnahmetermin: _____

Ist eine Therapieverlängerung/-verkürzung möglich, falls kein Platz zum Wunschtermin zur Verfügung steht?

Ja, bis _____ Nein

4. Kostenträger:

Welcher Sozialhilfeträger/Jugendhilfeträger wird für (in der Regel ist der letzte Hauptwohnsitz für den Zuständigkeitsbereich entscheidend) zuständig sein?

5. Einkommen

		<u>Derzeitige Höhe</u>	<u>Nach Therapie/ bei Aufnahme</u>
<u>Übergangsgeld (DRV)</u>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<u>ALG I</u>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<u>ALG II</u>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<u>Taschengeld</u>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<u>Lohn/ Gehalt</u>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<u>EU-Rente</u>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<u>Sonstiges:</u>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

6. Beruflicher Werdegang

Bitte kreuzen Sie hier an, ob Sie einen Schulabschluss oder eine Ausbildung gemacht haben. Wenn ja, welcher Art (Quali, Mittlere Reife etc.) und welcher Beruf und welches Abschlussjahr? Was waren Ihre letzten beiden Arbeitsstellen und als was haben Sie dort gearbeitet?

Schulabschluss Vorhanden Jahr: _____ Art: _____

Keinen

Ausbildung Vorhanden Jahr: _____ Beruf: _____

Keine

Arbeitsstellen: Von: _____ Bis: _____ Firma: _____
(die letzten Beiden)

Tätigkeit: _____

Von: _____ Bis: _____ Firma: _____

Tätigkeit: _____

7. Ihre Hauptdrogen

Bitte kreuzen Sie an, welche Droge Sie hauptsächlich konsumiert haben und ergänzen Sie die Drogen, welche hier nicht in der Liste aufgeführt werden.

ALKOHOL FENTANYL _____

KOKAIN MORPHINE / OPIATE _____

AMPHETAMIN BARBITURATE _____

METAMPHETAMIN BENZODIAZEPINE _____

CANNABIS ANTIDEPRESSIVA _____

METHADON TRAMADOL _____

ECSTASY BUPRENORPHIN _____

8. Seit wann leben Sie abstinent/ Zeitpunkt des letzten Konsums?

9. Suchtdiagnose(n):

10. Aktuelle/geplante Medikation – inkl. Dosis für oder gegen was?

11. Zusatzdiagnose(n)/ psychische Auffälligkeiten / körperliche Einschränkungen :

12. Sind Sie erwerbsgemindert oder –unfähig? Haben Sie infolge dessen einen Schwerbehindertenausweis? Wenn ja, wie viel Prozent?

Ort, Datum

Unterschrift

Entbindung der Schweigepflicht

**Ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit Suchterkrankung der Stadtmission Nürnberg e.V.,
Martin-Treu-Str. 27, 90403 Nürnberg,
Tel.: 0911 37 65 630 Fax: 0911 37 65 63 26**

Hiermit entbinde ich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter folgender
Einrichtungen / Institutionen / Behörden gegenseitig von ihrer Schweigepflicht
in Bezug auf die für die Kostenbeantragung notwendigen Daten:

1. Meine derzeitige Therapieeinrichtung / Fachklinik / Beratungsstelle/ sonst.:

.....
Name der Einrichtung / Ansprechperson

.....
Anschrift

.....
Telefon / Telefax Nr.

**3. Den/das zuständige/n Sozialhilfeträger / Jugendamt meines Hauptwohnsitzes vor
Therapiebeginn**

.....
Amtsname und Stadt / Ansprechperson

.....
Anschrift

.....
Telefon / Telefax Nr.

**4. Meinen derzeitigen Kostenträger (der Therapie): DRV, Krankenkasse od.
Sozialhilfeträger**

.....
Name des Kostenträgers / Ansprechperson

.....
Anschrift:

.....
Telefon / Telefax-Nr.

5. Meine/n derzeitige/n gesetzliche/n Betreuer/in

.....
Name des Betreuers / Ansprechperson

.....
Anschrift:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift