

**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.

I. Persönliche Daten

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 Aufnahmeort

- Ambulant betreutes Wohnen in Nürnberg
 Ambulant betreutes Wohnen in Erlangen

4. Art der Unterkunft

- Betreutes Wohnen
(BW – Wohnung wird für die Dauer der Betreuung zur Verfügung gestellt)
 Betreutes Einzelwohnen
(BEW – eigener Wohnraum vorhanden)

5. Gewünschter Aufnahmetermin: _____

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

- Ja, bis _____ Nein

6. Kostenträger:

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

7. 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"/>		

8. 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	<input type="checkbox"/> Vorhanden	Jahr: _____	Art: _____
	<input type="checkbox"/> Keinen		
Ausbildung	<input type="checkbox"/> Vorhanden	Jahr: _____	Beruf: _____
	<input type="checkbox"/> Keine		
Arbeitsstellen: (die letzten Beiden)	Von: _____	Bis: _____	Firma: _____
	Tätigkeit: _____		
	Von: _____	Bis: _____	Firma: _____
	Tätigkeit: _____		

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

10. 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	<input type="checkbox"/>	FENTANYL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KOKAIN	<input type="checkbox"/>	MORPHINE / OPIATE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMPHETAMIN	<input type="checkbox"/>	BARBITURATE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
METAMPHETAMIN	<input type="checkbox"/>	BENZODIAZEPINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CANNABIS	<input type="checkbox"/>	ANTIDEPRESSIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
METHADON	<input type="checkbox"/>	TRAMADOL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECSTASY	<input type="checkbox"/>	BUPRENORPHIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Suchtdiagnose

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

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

14. 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