

Bewerbung für eine Aufnahme in der Adaption der salus kliniken Bad Nauheim - Bewerbungsbogen -



Name: _____

Entlassdatum: _____

Bezugstherapeut Entwöhnung: _____

Kostenträger: _____

Entwöhnungsklinik: _____

Geb.-Datum: _____

E-Mailadresse: _____

Telefonnr.: _____

Wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Adaption. Um Sie gut beraten zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten und uns den ausgefüllten Bogen zeitnah zurückzugeben.

1. Was versprechen Sie sich von der Adaption? Welche Ziele wollen sie erreichen?

2. Was haben Sie bisher beruflich gemacht (Abschlüsse, Ausbildungen, Qualifizierungen, letzte Tätigkeiten)? Welche Berufsvorstellungen haben Sie? (bitte besonders ausführlich beschreiben, wenn Sie von Ihrer bisherigen Tätigkeit/Ausbildung abweicht).

3. In Anlehnung an Ihre künftigen beruflichen Perspektiven – In welchem Bereich würden Sie gerne Ihre externe Arbeitserprobung absolvieren? Was wurde diesbezüglich mit Bezugsarzt und Bezugstherapeut besprochen und empfohlen?

4. Gab es Beratungen durch die Rehaberatung der Rentenversicherung? Sind bereits Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei der Rentenversicherung gestellt worden / sollen gestellt werden?

5. Welche Einschränkungen bestehen bei Ihnen, die in der Praktikumssuche berücksichtigt werden sollten?

6. Welche besonderen Fertigkeiten und Kompetenzen bringen Sie mit?

7. Wie war der bisherige Therapieverlauf bzgl. Pünktlichkeit, verbindlicher Teilnahme an Therapiemodulen, Einhalten des Wochenplans und von verbindlichen Absprachen etc.?

8. Aufgrund welcher Substanzgebrauchsstörung befinden Sie sich derzeit in der Entwöhnungsbehandlung?

9. Befinden Sie sich erstmals in einer stationären medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung/Adaption)? Wenn nein, benennen Sie uns bitte kurz Ihre vorherigen Klinikaufenthalte:

10. In welchen Situationen fiel es Ihnen in der Vergangenheit schwer, auf Alkohol und/oder andere Substanzen zu verzichten?

11. Was ist für Sie besonders hilfreich, um weiterhin abstinent zu bleiben?

12. Welche regionale Selbsthilfegruppe wollen Sie während der Adaption besuchen? Gibt es hierzu bereits Überlegungen oder gar Erfahrungen?

13. Worauf begründen Sie Ihre Motivation für die Adaption und warum glauben Sie, dass das Behandlungsformat für Sie den nächsten und richtigen Schritt darstellt?

14. Wie zuversichtlich sind Sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt, Ihre Adaption zufriedenstellend für sich durchführen zu können?

(0 _1_ 2_ 3_ 4_ 5_ 6_ 7_ 8_ 9_ 10)

Wenig zuversichtlich

Sehr zuversichtlich

Checkliste möglicher zu bearbeitender Lebensbereiche:

Wohnsituation

Schildern Sie uns bitte Ihre derzeitige Wohnsituation und möglichen Klärungsbedarf (Welche Überlegungen und Pläne bestehen zur künftigen Wohnsituation?):

Schulden

Bestehen finanzielle Belastungen in Form von Schulden? Wenn ja, wie ist der aktuelle Stand?

Familie

Bitte beschreiben Sie kurz Ihre familiäre/partnerschaftliche Situation. Auf wie viele Personen können Sie sich notfalls verlassen?

Freizeit

Wie sieht Ihre derzeitige Freizeitgestaltung aus und wie zufrieden sind Sie gegenwärtig damit?

Selbstversorgung

In welchen Aspekten der Selbstversorgung (z. B. preisbewusstes Einkaufen und Bevorraten, Waschen, Bügeln, Kochen, Putzen, Wohnraumgestaltung etc.) wünschen Sie Unterstützung?

Behörden

Wie finanzieren Sie sich aktuell (Übergangsgeld/Bürgergeld)? Gibt es behördlichen Klärungsbedarf oder anstehende Gerichtsverfahren?

Bewährung/ Haft

Bestehen Vorstrafen oder eine Bewährung? Befanden Sie sich in der Vergangenheit in Haft (Gesamtdauer der Inhaftierung)?

Besitzen Sie einen Führerschein? ja nein

Haben Sie einen Grad der Behinderung (GdB)?

Besteht oder bestand bei Ihnen eine Minderung der Erwerbsfähigkeit?

Welche Themen liegen Ihnen neben der Klärung der zuvor genannten Lebensbereiche am Herzen, die im Rahmen der Adaption ebenfalls bearbeitet werden sollen?

Gibt es weitere Anliegen / Wünsche?

Datum, Unterschrift des Bewerbers (Rehabilitand*in)
