

Vor-Aufnahmefragebogen



Bitte senden Sie diesen Fragebogen umgehend ausgefüllt und unterschrieben zurück!

Name, Vorname

geb:

Für eventuelle Rückfragen ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre (Telefonnummer möglichst Ihre Mobilnummer) und Ihre private E-Mail-Adresse mitteilen!

Telefon: _____ Email _____

Straße: _____ PLZ/Ort _____

1 Welche der folgenden Suchtmittel haben Sie **jemals in Ihrem Leben**, welche **im letzten Jahr** konsumiert? Und welche davon haben schon zu **Problemen** geführt?

	jemals konsumiert	im letzten Jahr konsumiert	aktuelles Problem
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungs- oder Schlafmittel (z.B. Benzodiazepine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distraneurin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis (Haschisch, Marihuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Designerdrogen“ (Ecstasy, Amphetamine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin / Opiate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltenssucht – Glücksspiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltenssucht – Medienkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltenssucht – Kaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Drogen/Verhaltenssüchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen:			

2 Haben Sie schon einmal eine ambulante oder stationäre Suchttherapie absolviert? (Gemeint ist hier nicht eine Entgiftung/Entzug, sondern eine Therapie!) Ja Nein

Wenn ja, wo? _____

3 Leiden Sie zurzeit unter Ängsten in bestimmten Situationen (z.B. in Kaufhäusern, in Menschenmengen, in Fahrstühlen, in großer Höhe, Ängste die Wohnung zu verlassen...) oder unter Panik-Attacken (Angstanfälle „aus heiterem Himmel“)? Ja Nein

Wenn ja, wünschen Sie eine Behandlung dieser Störung? Ja Nein

4 Besteht/bestand bei Ihnen eine Essstörung (Anorexie, Bulimie)? Ja Nein

Wenn ja, wünschen Sie eine Behandlung dieser Störung? Ja Nein

5	Sind Sie Raucher?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Wenn ja, wollen Sie im Verlauf der Therapie versuchen, darauf zu verzichten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
6	Sind Sie arbeitslos?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Wenn ja, seit wann? _____		
	Wollen Sie während der Therapie in der salus klinik Unterstützung erhalten, um Arbeit zu finden bzw. dem Erwerbsleben gewachsen zu sein?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Gehen Sie davon aus, dass Sie in Zukunft nicht mehr am Erwerbsleben teilnehmen werden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
7	Sind Sie berentet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Wenn ja, seit wann? _____		
	Um was für eine Rente handelt es sich (Altersrente, EU-Rente, Zeitrente...)		

	Bei Zeitrenten: Wann läuft die Berentung aus? _____		
	Haben Sie einen Rentenantrag gestellt oder planen Sie, einen zu stellen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Weswegen planen Sie diesen Antrag zu stellen?		
8	Ist Ihre Wohnsituation befriedigend?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Wenn nein, wo leben Sie zurzeit?		
9	Besteht eine gerichtliche Auflage, eine Therapie zu absolvieren?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
10	Haben Sie in Ihrer Kindheit oder im Erwachsenenalter Übergriffs- oder sonstige Extremsituationen erlebt, die Sie heute noch beschäftigen (z.B. Gewaltausübung, sexuelle Übergriffe, Missbrauchssituationen, sonstige traumatisierende Erfahrungen)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Wurde bei Ihnen eine Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Wenn ja, wünschen Sie eine Behandlung dieser Störung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
11	Haben Sie selbst schon einmal Gewalt in einer Partnerschaft erfahren müssen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
12	Beträgt Ihr Gewicht über 120 kg? (Wir benötigen diese Information um Ihre Unterbringung planen zu können)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
13	Wäre es Ihnen möglich, einen kurzfristig frei gewordenen Therapieplatz innerhalb von 1-2 Tagen wahrzunehmen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Wenn Sie diese Frage mit „ja“ beantworten, werden wir Sie ggf. anrufen, um Ihnen einen kurzfristigen Aufnahmetermin anzubieten.		

Ort, Datum

Unterschrift