

# 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!

Telefonnummer \_\_\_\_\_ 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"/>
andere Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Art der „anderen Drogen“:			

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. Ist Glücksspielen ein Problem für Sie? Ja  Nein

Wenn ja, wollen Sie etwas dagegen unternehmen? Ja  Nein

6. Ist das Ausgeben von Geld, z.B. wegen übermäßigen Einkaufens, ein Problem für Sie? Ja  Nein

Wenn ja, wollen Sie etwas dagegen unternehmen? Ja  Nein

7. Verbringen Sie in ihrer Freizeit überdurchschnittlich viele Stunden mit Computerspielen bzw. „online“ im Internet? Ja  Nein

Wenn ja, wollen Sie etwas dagegen unternehmen? Ja  Nein

8. Sind Sie Raucher?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wollen Sie ernsthaft vom Tag der Aufnahme an aufhören?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
9. 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"/>
10. 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?		
11. Ist Ihre Wohnsituation befriedigend?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, wo leben Sie zurzeit?		
12. Besteht eine gerichtliche Auflage, eine Therapie zu absolvieren?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
13. Haben Sie in Ihrer Kindheit oder im Erwachsenenalter Übergriffs- oder sonstige Extremsituationen erlebt, die Sie heute noch beschäftigen (z.B. Gewaltanwendung, sexuelle Übergriffe, Missbrauchssituationen, sonstige traumatisierende Erfahrungen)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wünschen Sie eine Behandlung dieser Störung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
14. Haben Sie selbst schon einmal Gewalt in einer Partnerschaft erfahren müssen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
15. Beträgt Ihr Gewicht über 120 kg? (Wir benötigen diese Information um Ihre Unterbringung planen zu können)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
16. <b>Wäre es Ihnen möglich, einen kurzfristig frei gewordenen Therapieplatz innerhalb von 1-2 Tagen wahrzunehmen?</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn Sie diese Frage mit „ja“ beantworten, gilt das als <b>verbindliche Zusage</b> , auf deren Einhaltung wir uns fest verlassen! Bitte bedenken Sie das bei Ihrer Entscheidung.		
<b><u>Bestätigen Sie Ihre verbindliche Zusage mit Ihrer Unterschrift.</u></b>		

Ort, Datum

Unterschrift