



Bewerbung

Name

Klinik: _____

Entlassdatum: _____

Bezugstherapeut: _____ **Tel.:** _____

Bezugsarzt: _____ **Tel.:** _____

Sozialdienst: _____ **Tel.:** _____



Sehr geehrte Rehabilitandin, sehr geehrter Rehabilitand,

Sie interessieren sich für die Adaptionseinrichtung der salus klinik Hürth!

Um entscheiden zu können ob Sie mit Ihrer Abhängigkeitsgeschichte von unserem Adaptionskonzept profitieren können, bitten wir Sie die folgenden Punkte vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich und unter Berücksichtigung der Datenschutzvorgaben behandelt.

Wir bedanken uns für Ihr Interesse.

Ihr Adaptionsteam in Hürth

Ihre Ansprechpartner in der salus adaption Hürth:

Adaptionsleitung: Frau Wulf und Herr Dornbusch

Leitender Arzt: Herr Abu Khatir

Verwaltung: Frau Brüllenkamp (Tel.: 02233-8081-827)



Stammdaten	
Name:	Adresse:
Telefon:	Email:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Wohnsituation:	Staatsangehörigkeit:
Aufenthaltsstatus (Pass vorhanden?)	
Einkommen:	Zuständiges Amt:
Familienstand:	Partnerschaft:
Wenn ja, konsumiert der Partner?	
Wie viele Kinder haben Sie?	
Besteht ein alleiniges oder gemeinsames Sorgerecht?	
Besteht ein Aufenthaltsbestimmungsrecht?	
Wie gestaltet sich während der Adaption die Betreuung?	
Ist das zuständige Jugendamt mit einbezogen?	
Kostenträger:	Krankenkasse:
Hausarzt:	Bezugsperson im Notfall:
Zuweisende Stelle:	Betreuer (Bewo/gesetzlich):
Vorstrafen:	Bewährungshelfer:
Offene Verfahren:	Auflagen:
Bewährungsstrafen / Haftzeiten:	



Abhängigkeitsgeschichte		
1. Suchtstoffe und Konsumverhalten		
1.1 Suchtstoffe		
a. Mein Haupt-Suchtstoff (inkl. Glücksspiel- und Medienabhängigkeit) ist:		
b. Weitere Suchtstoffe in der Reihenfolge der Reihenfolge der Häufigkeit des Konsums:		
1.		
2.		
3.		
4.		
1.2 Konsumverhalten		
a. Jahr des ersten Konsums	Suchtstoff	
1.		
2.		
3.		
4.		
b. Konsummenge pro Tag in meiner letzten Konsumphase (z.B.in Liter, Gramm, Tabletten, „Lines“, „Joints“ usw.) und Art der Substanzaufnahme (nasal, intravenös, inhalativ = rauchen, oral)		
Suchtstoff	Menge	Wie konsumiert?
1.		
2.		
3.		
4.		
c. Zeitpunkt der ersten Substanzaufnahme des Tages (morgens, mittags, abends, nachts)		
Suchtmittel	Tageszeit	
1.		
2.		
3.		
4.		



2. Behandlungen		
2.1 Entzugsbehandlungen: Wie viele Entzugsbehandlungen hatten Sie?		
Zeitraum	Einrichtung / Klinik	Substanz
2.2 Entwöhnungsbehandlungen: Wie viele Entwöhnungsbehandlungen hatten Sie?		
Zeitraum	Einrichtung / Klinik	Substanz
2.2.1 Wie lange waren Sie nach einer Entwöhnungsbehandlung abstinent und mit welcher Substanz wurden Sie rückfällig?		
Zeitraum der Abstinenz	Substanz, mit der Sie rückfällig wurden	
2.2.2 Hatten Sie Rückfälle in der derzeitigen Therapie?		
Substanz	Anzahl der Rückfälle	
2.3 Adaptionsbehandlungen: Wie viele Adaptionsbehandlungen hatten Sie?		
Zeitraum	Einrichtung / Klinik	



2.4 Gab es psychiatrische Aufenthalte?

Zeitraum	Einrichtung / Klinik

2.5 Gab es bisher Suizidversuche oder Gedanken? Wenn ja, wann und wie viele?

Datum / Zeitraum	Anzahl



Motivationsschreiben

1. Weshalb möchten Sie eine Adaptionbehandlung in Hürth machen?

2. Welche Ziele und Themen wollen Sie während der Adaption verfolgen und bearbeiten?

3. Das sollten Sie über mich wissen, um mich besser zu verstehen!



ARZTBLATT

Sucht Diagnosen:

Psychiatrische Diagnosen:

Körperliche Diagnosen:

Aktuelle Medikation:

Stehen Operationen oder längere Behandlungen an?



Besteht ein GdB?		Seit wann?
Besteht ein laufendes Rentenverfahren?		Seit wann?
Sozialmedizinische Leistungsabschätzung		
Letzte Tätigkeit		
Aktuelle sozialmedizinische Leistungseinschätzung für den allgemeinen Arbeitsmarkt		
Quantitatives Leistungsvermögen		
<input type="checkbox"/> über 6 h		<input type="checkbox"/> 3 – 6 h
Arbeitsschwere		
<input type="checkbox"/> schwer	<input type="checkbox"/> mittelschwer	
<input type="checkbox"/> leicht bis mittelschwer	<input type="checkbox"/> leicht	
Arbeitshaltung		
<input type="checkbox"/> stehend	<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> überwiegend
<input type="checkbox"/> gehend	<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> überwiegend
<input type="checkbox"/> sitzend	<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> überwiegend
Arbeitsorganisation		
<input type="checkbox"/> Früh	<input type="checkbox"/> Spät	<input type="checkbox"/> Nacht

Datum

Arzt, Unterschrift, Stempel



Vom Bezugstherapeuten auszufüllen!

Therapeutische Indikation für eine Adaptionsmaßnahme	
Perspektive für die berufliche Teilhabe	
Zielsetzung für die berufliche Teilhabe in der Adaption:	
<input type="checkbox"/> offenes Praktikum	<input type="checkbox"/> konkretes Praktikum.....
<input type="checkbox"/> Recherche über möglichen Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Recherche über mögliche Berufsausbildung
<input type="checkbox"/> Recherche über mögliche Studiengänge	<input type="checkbox"/> Rückkehr in den erlernten Beruf
Perspektive für den zukünftigen Wohnort	
Zielsetzung für den zukünftigen Wohnort während der Adaption:	
<input type="checkbox"/> Wohnortwechsel – Weshalb?.....	
<input type="checkbox"/> am alten Wohnort verbleiben – Weshalb?.....	
<input type="checkbox"/> amb. BeWo mit Wohnangebot	<input type="checkbox"/> eigene Wohnung
Perspektive für die gesellschaftliche Teilhabe	
Zielstellung für die gesellschaftliche Teilhabe in der Adaption:	
<input type="checkbox"/> Haushaltsführung	<input type="checkbox"/> Kochen
<input type="checkbox"/> Einkaufen	<input type="checkbox"/> Zimmerordnung
<input type="checkbox"/> Umgang mit Geld	<input type="checkbox"/> Wäsche waschen und pflegen
<input type="checkbox"/> soz. Kontakte finden und pflegen	<input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung
<input type="checkbox"/> Hobbys finden	<input type="checkbox"/> Sport
<input type="checkbox"/> Tagesstruktur	<input type="checkbox"/> Termine einhalten
<input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge	
<input type="checkbox"/>	
Weshalb die salus Adaption?	
Was könnte Schwierigkeiten bereiten?	

Datum

BZT, Unterschrift