

Fragebogen

Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH - Adaption



Wichtig: Bitte füllen Sie den Bogen sorgfältig am PC aus und lassen Sie ihn uns ausgedruckt zukommen, damit wir Ihnen schnell weiterhelfen können.

Kontaktdaten:

Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH – Adaption, Obere Schulstraße 13, 38875 Oberharz am Brocken OT Elbingerode, Tel.: +49 (0) 39454 48997-0 , Fax: +49 (0) 39454 48997-1 , E-Mail: adaption@diako-harz.de

Personalien					
Name:		Vorname:			
Geschlecht: ☐ m ☐ w ☐ d	Geburtsdatum:	Geburtsname:		Geburtsort:	
Telefon:		Mobil:		E-Mail:	
Straße:		PLZ:	Ort:		
Aktueller Aufenthaltsort / Klinikname:					
Familienstand:		Staatsangehörigkeit:		Kinder:	
Schulbildung: ☐ Hauptschule ☐ mittlere Reife ☐ Abitur/Hochschulreife ☐ kein Abschluss ☐ sonstiges					
Vermittelnde Stelle					
Name Klinik / stationäre Einrichtung:					
Straße:		PLZ:	Ort:		
Telefon:		Fax:	E-Mail vom Bezugstherapeut:		
Name des Bezugstherapeuten:				Datum der Entlassung:	
Ausbildung, Erwerbstätigkeit					
☐ erwerbstätig	seit:	Arbeitgeber:			
Adresse / Ort:					
☐ krank geschrieben	seit:	☐ arbeitslos < 12 Monate	seit:	☐ arbeitslos > 12 Monate	seit:
☐ berentet	seit:	☐ in Schule/ Ausbildung	seit:	☐ Minijob	seit:
Ausbildung als:			letzte ausgeübte Tätigkeit:		
bei (Arbeitgeber):			Adresse / Ort:		
Einkommensart					
☐ ALG I					
☐ Bürgergeld	bis wann bewilligt:				
☐ Übergangsgeld ☐ Krankengeld ☐ Sozialhilfe ☐ sonstiges					

Fragebogen

Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH - Adaption



Versicherungsstatus	
Wann wird die derzeitige stationäre Therapie beendet (Wechsel in den Adaption) Datum:	
Rentenversichert: ☐ nein ☐ ja, bei:	
Versicherungs-Nummer:	
Krankenkasse:	Krankenkasse (Ort):
Versicherungs-Nummer:	Gültigkeit KV-Karte:
☐ Pflichtversichert ☐ Familienversichert ☐ über das Amt versichert ☐ Privatversichert	
Indikation	
Abhängigkeit von: ☐ Alkohol ☐ Drogen ☐ Medikamente ☐ Spielsucht	
Hauptdroge:	
Substituiert: ☐ ja ☐ nein	Substitut:
Gesundheit	
Aktuelle Erkrankung(en): Aktuelle Befund(e) vorzeigen!	
Körperliche Erkrankungen: ☐ ja ☐ nein	Welche?
Suizidversuche: ☐ ja ☐ nein	
Dauermedikation: ☐ ja (Wenn ja, bitte unten aufgeführte Medikamentenliste ausfüllen) ☐ nein	
Allergien:	Lebensmittelunverträglichkeiten:
Medikamentenliste	
Bitte lassen Sie die Liste von Ihrem behandelnden Arzt oder Klinik drucken!	
Impfausweis	
Da mittlerweile viele Praktikumsstellen, vor allem im sozialen und gesundheitlichen Bereich, einen vollständigen Impfschutz (Masern, Hepatitis usw.) erwarten, benötigen Sie hier Ihren Impfausweis!	
Letzte Fragen	
Frühere Suchtbehandlung: ☐ keine ☐ ambulant ☐ teilstationär ☐ stationär	Wenn ja, wie viele?:
Bitte bisherige Behandlungen auf extra Blatt aufschreiben!	
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? ☐ Recherche ☐ Flyer ☐ sonstiges:	
Haben Sie einen gerichtlich bestellten Betreuer? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, dann benötigen wir Name, Telefon und E-Mail.	
Kontaktdaten Betreuer:	

Bitte beachten Sie: Wir benötigen einen Lebenslauf, ein Motivationsschreiben und einen differenzierten Suchtverlauf von Ihnen!

Mit der Speicherung der angegebene Daten, Namen, Anschriften, Telefonnummern und Versicherungsträger in der Rehabilitationsdatei der Reha-Einrichtung bin ich einverstanden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht und sind dazu verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen einzuhalten.

Ort, Datum

Unterschrift