

## Vorstellungsbogen

Durch diesen Fragebogen möchten wir uns ein Bild von Deiner momentanen Situation, Deiner Entwicklung sowie Deiner Probleme und Erwartungen machen. Deshalb bitten wir Dich, die Fragen sorgfältig und wahrheitsgemäß zu beantworten.

### 1. Allgemeine Angaben zur Person

Name:		Vorname:		
Geb.-Datum:		Geb.-Ort:		
Anschrift:			Tel.:	
Anschrift der Eltern:			Tel.:	
Familienstand:		Anzahl der Kinder:		
Schulbildung:		Abschluss:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Berufliche Ausbildung:		Abschluss:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Letzte Beschäftigung:		Zeitraum (von – bis):		
Weitere praktische Berufserfahrungen (z.B. Praktika, frühere Arbeitsstellen, etc.)			Zeitraum (von – bis)	

### 2. Angaben zur finanziellen Situation und zum Versicherungsverhältnis

O Gehalt (berufliches Einkommen)		monatlich:		Euro
O Bezüge:	O ALG I	O ALG II	monatlich:	Euro
	O Grundsicherung			
O Sonstige Einnahmen (z.B. Eltern, etc.)		monatlich:		Euro
O Ersparnisse (z.B. Konten, Sparbuchrücklagen, etc.)		in Höhe von:		Euro
O Schulden		in Höhe von:		Euro
Krankenkasse:		Anschrift:		

### 3. Kontaktentstehung zu Hands of Hope

O Drogenberatungsstelle/Institution:			
O Kontaktperson	Name:		Tel.:
O Sonstige:			

#### 4. Angaben zur Problematik

Falls du unter einer Suchproblematik leidest, unterstreiche bitte die von dir zurzeit konsumierten Suchtmittel!

O Suchtmittel:	<input type="checkbox"/> Nikotin	<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Haschisch/Marihuana	<input type="checkbox"/> Heroin/Morphium/Opium
	<input type="checkbox"/> Kokain/Crack	<input type="checkbox"/> Ecstasy/Amph.	<input type="checkbox"/> Methadon/Polamidon	<input type="checkbox"/> LSD/u.a. Halluzinogene
	<input type="checkbox"/> Schnüffelstoffe <input type="checkbox"/> Sonstige:			

Wie häufig und in welcher Menge konsumierst du die aktuell benutzten Suchtmittel pro Woche?

Suchtmittel	Häufigkeit	Menge

O psych. Probleme	Beschreibung:	
O Kriminalität	Beschreibung:	
O Sonstige:		

#### 5. Angaben zu klinischen Entzügen und früheren Therapien

Hast Du bereits einen klinischen Entzug absolviert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wie oft:	
---	-----------------------------	-------------------------------	----------	--

Dein letzter Drogenentzug	Ort:		Zeitraum:	
---------------------------	------	--	-----------	--

Ort/Einrichtung einer früheren Therapie	Zeitraum	Abschluss
		<input type="checkbox"/> abgeschlossen
		<input type="checkbox"/> abgeschlossen
		<input type="checkbox"/> abgeschlossen
		<input type="checkbox"/> abgeschlossen

#### 6. Angaben zu deinem Gesundheitszustand

Bestehen übertragbare Krankheiten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

<input type="checkbox"/> Hepatitis	
<input type="checkbox"/> AIDS	
<input type="checkbox"/> Sonstige:	

Bestehen sonstige gesundheitliche Einschränkungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Beschreibung:	
---------------	--

Wirst Du momentan bereits betreut?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Name des Betreuers:		Tel.:	
---------------------	--	-------	--

Betreuungsbereich:	
--------------------	--

### 7. Angaben zu deiner rechtlichen Situation

Es beeinflusst nicht die Aufnahmeentscheidung, ob du z.B. offene Verfahren oder eine Therapieauflage hast. Entscheidend für die Therapie ist deine Motivation!

<input type="checkbox"/> Ich bin bislang nicht straffällig		<input type="checkbox"/> Ich bin straffällig und habe noch ___ offene Verfahren	
<input type="checkbox"/> Ich habe eine Therapieauflage nach BtMG §§ 35/36		<input type="checkbox"/> Ich werde einen Antrag nach BtMG §§ 35/36 stellen	
<input type="checkbox"/> Ich stehe unter Bewährung	Dauer der Bewährungsauflage von _____ bis _____		
	Bewährungshelfer:		
<input type="checkbox"/> Ich befinde mich in Haft	Dauer der Haft von _____ bis _____		

Hast Du bereits Haftstrafen absolviert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Grund	Ort	Zeitraum	Bewährungshelfer

### 8. Persönliche Situationsbeschreibung

Bitte stelle deine Problematik aus deiner Sicht in eigenen Worten dar. (ggf. zusätzliche Seite nehmen)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### 9. Persönliche Erwartungen

Welche Hilfe erwartest du von uns und was willst du lernen?

<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Datum & Ort)