Hands of Hope
Rehabilitation

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:		E-Mail:		
Anschrift:			Tel.:	
Anschrift der Eltern: (bei Personen unter 25 J.)			Tel.:	
Familienstand:		Anzahl der Kinder:		
Schulbildung:		Abschluss:	O Ja	O Nein
Berufliche Ausbildung:		Abschluss:	O Ja	O 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 O Grundsicherung	monatlich:		Euro
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:	O Nikotin	O Alkohol	O Haschisch/Marihuana	O Heroin/Morphium/Opium
	O Kokain/Crack	O Ecstasy/Amph.	O Methadon/Polamidon	O LSD/u.a. Halluzinogene
	O Schnüffelstoffe	O 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?		O Ja	O Nein	Wie oft:	
Dein letzter Drogenentzug	Ort:		Zeitraum:		

Ort/Einrichtung einer früheren Therapie	Zeitraum	Abschluss
		O abgeschlossen
		O abgeschlossen
		O abgeschlossen
		O abgeschlossen

6. Angaben zu deinem Gesundheitszustand

Bestehen übertragbare Krankheiten?		O Ja	O Nein
O Hepatitis O AIDS			
O Sonstige:			
Bestehen sonstige gesundheitliche Einschränkungen?		O Ja	O Nein
Beschreibung:			
Wirst Du momentan bereits betreut?		O Ja	O 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!	
O ich bin bislang nicht straffällig	O ich bin straffällig und habe noch ___ offene Verfahren
O ich habe eine Therapieauflage nach BtMG §§ 35/36	O ich werde einen Antrag nach BtMG §§ 35/36 stellen
O ich stehe unter Bewährung	Dauer der Bewährungsauflage von _____ bis _____
	Bewährungshelfer:
O ich befinde mich in Haft	Dauer der Haft von _____ bis _____

Hast Du bereits Haftstrafen absolviert?	O Ja	O 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?	
O	
O	
O	
O	
O	

_____

Unterschrift (Datum & Ort)