



## BEWERBUNGS - FRAGEBOGEN

Name	Vorname	Geburtsdatum
Postleitzahl / Wohnort	Straße	
Telefon / Handy	Email	
Familienstand	Staatsangehörigkeit	
Kinder:      Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Alter der Kinder: _____	
Soll/Sollen Kind/Kinder mit in Therapie?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Name und Anschrift Ihrer Suchtberatungsstelle	
Ansprechpartner (in)	Telefonnummer
Email	Faxnummer

Gültige Ausweispapiere:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Krankenversicherungsschutz:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Krankenkasse:	_____	
Krankenversicherungsnummer:	_____	

Höchster Schulabschluss
Berufsausbildung und / oder Beschäftigungsverhältnis

---

Aktueller Drogenkonsum

---

Hauptdroge

Substitutionsbehandlung:

Ja

Nein

---

Substitutionsmittel / Dosierung

Beabsichtigen Sie eine substitutionsgestützte Behandlung?

Ja

Nein

---

Waren oder sind Sie in ärztlicher Behandlung  
wegen Depressionen, Psychosen, ADHS etc. ?

Ja

Nein

---

Wenn ja, welche Diagnosen

---

Welche Medikamente / Dosierung

---

Bemerkungen z.B. Therapieversuche; juristische Situation etc.

---

---

---

---

---

Die erhobenen Daten unterliegen den Datenschutzbestimmungen und werden vertraulich behandelt.

Den ausgefüllten Fragebogen senden Sie bitte an:

Therapieverbund Ludwigmühle -Sozialdienst-  
Alfred Nobel Platz 1  
76829 Landau

Tel.: 0 63 41 / 52 02 - 199 oder 198

Fax: 0 63 41 / 52 02 - 195

Email: [sozaldienst@ludwigmuehle.de](mailto:sozaldienst@ludwigmuehle.de)

[www.ludwigmuehle.de](http://www.ludwigmuehle.de)