

BEWERBUNGS - FRAGEBOGEN

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Postleitzahl / Wohnort _____ Straße _____

Telefon / Handy _____ Email _____

Familienstand _____ Staatsangehörigkeit _____

Kinder: Ja Nein Alter der Kinder: _____

Soll/Sollen Kind/Kinder mit in Therapie? Ja Nein

_____ Name
und Anschrift Ihrer Suchtberatungsstelle

Ansprechpartner (in) _____ Telefonnummer _____

Email _____ Faxnummer _____

Gültige Ausweispapiere: Ja Nein

Krankenversicherungsschutz: Ja Nein

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

www.ludwigmuehle.de

Version 02