









<p>Für das erste Kennenlernen füllen sie bitte folgenden Fragebogen nach Möglichkeit vollständig aus. Er dient als Grundlage für das Infogespräch, zu dem wir Sie gerne einladen möchten.</p> <p>Selbstverständlich halten wir uns an die Schweigepflicht und werden Ihre Daten ohne Ihre Zustimmung nicht an Dritte weitergeben.</p>	<p>Datum:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e6f2ff;"> <p>Haus Fresena Neue Str. 22 26826 Weener</p> <p>Tel. 04951 91 34680 Fax 04951 91 34 681 E-Mail: info@suchtkrankenhilfe-ostfriesland.de</p> </div>
---	---

Anschrift: Angaben zum jetzigen Wohnverhältnis.

<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p> _____</p> <p> _____</p>	<p>Geb. ____ . ____ . ____</p> <p>Eigene Wohnung</p> <p><input type="checkbox"/> Mietvertrag ____ . ____ . ____</p> <p><input type="checkbox"/> gekünd. zum ____ . ____ . ____</p> <p><input type="checkbox"/> Wohnung muss aufgelöst werden</p>
---	--

Begleitung: Wer begleitet Sie (evtl. auch Suchtberatungsstelle, Gesetzlicher Betreuer,...)

<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p> _____</p> <p> _____</p> <p> _____</p> <p> _____</p>
---	---

Beruf: Was haben Sie bisher gemacht. Ausbildung, Abschlüsse, Prüfungen etc.



Familie / Kontakte: Eltern, Geschwister, eigene Kinder / besteht Kontakt.

Ziele / Themen: Was wollen Sie erreichen?

Gesundheitsangaben:

Medikation

Erkrankungen

<input type="checkbox"/> Antidepressiva	<input type="checkbox"/> Depressionen	<input type="checkbox"/> Hauterkrankung
<input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> s. c.	<input type="checkbox"/> Schizophrenie	<input type="checkbox"/> Bewegungsapparat
<input type="checkbox"/> Antiepileptika	<input type="checkbox"/> Manie	<input type="checkbox"/> Rücken
<input type="checkbox"/> Magenschutz	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Polyneuropathien
<input type="checkbox"/> Analgetikum	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf	<input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B
<input type="checkbox"/> Herz/Blutdruck	<input type="checkbox"/> Adipositas	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Korsakov	<input type="checkbox"/>

Bewerberbogen Haus Fresena







Welche Suchmittel (Alkohol, THC, Heroin, Kokain, Benzos, Extasy, Spice, Chrystal, LSD, Speed, legal highs)





--	--

Haben Sie Therapien bzw. Entgiftungen gemacht. Wenn Ja, wann und wo?

--	--

Weitere Ansprechpartner: z.B. Gesetz. Betreuer, Beratungsstellen, Familie

	 _____
	 _____
	 _____
	 _____

	 _____
	 _____
	 _____
	 _____

Einverständniserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass die Suchtkrankenhilfe Ostfriesland gGmbH „Haus Fresena“ meine angegebenen Daten zwecks interner Verarbeitung speichert und verwendet.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden sie den Bewerberbogen per Mail, Fax oder postalisch an uns zurück. Wir werden uns in kürze bei Ihnen bzgl. der Terminabsprache melden. Die Adressdaten finden sie auf der ersten Seite. Danke