

# Ersterhebungsbogen - STAMMDATEN

Datum: .....

VORNAME: .....		NACHNAME: .....	
ADRESSE:	Straße		
	PLZ:		
TELEFON:			
E-MAIL: (falls vorhanden)			

Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....

Geschlecht:  männlich  weiblich Staatsangehörigkeit: .....

Sozialversicherungsnummer: ..... Sozialversicherungsanstalt: .....

Sind Sie aktuell versichert?  JA  NEIN

Familienstand: ..... Sorgepflichten:  JA  NEIN Anzahl d. Kinder: .....

Partnerbeziehung:  JA  NEIN

Wenn JA, ist die/der LebenspartnerIn suchtkrank?  JA  NEIN

Suchterkrankungen in der Familie?  JA  NEIN

Wenn JA, wer? Welche Form der Suchterkrankung hat diese Person?

.....

Höchster erreichter Schulabschluss:

- kein Abschluss
- Pflichtschulabschluss
- Fachschule
- Hochschule/Universität
- anderer Schulabschluss

Lehre:  JA  NEIN

abgeschlossen  abgebrochen erlernter Beruf: .....

Sind Sie derzeit erwerbstätig?  JA  NEIN ausgeübte Tätigkeit: .....

Wenn JA, Dienstgeber? .....

Wenn NEIN, arbeitslos gemeldet?  JA  NEIN  SONSTIGES .....

Monatliches Einkommen: ..... Schulden:  JA  NEIN

Wenn JA, Höhe: .....

Welche Form der Kostenübernahme für die Therapie streben Sie an?

durch Bundesland  durch gerichtliche Weisung

Haben Sie bereits einen Antrag auf Kostenübernahme für die Therapie gestellt?  JA  NEIN

Liegt bereits ein Kostenübernahmebescheid vor?  JA  NEIN

Wenn JA, welcher:  durch Bundesland  
 durch gerichtliche Weisung ( ambulant  stationär)

Anhängiges Gerichtsverfahren am Bezirks-/Landesgericht:  JA  NEIN

Wenn JA:

Welches Gericht ist für Sie zuständig? .....

Anklage: .....

Haben Sie einen Antrag auf §39 Therapie statt Strafe gestellt?  JA  NEIN

Offene Verhandlungen?  
.....

Bewährungshilfe:  JA  NEIN

Zuständige Person bei Gericht: .....

Rechtsvertretung/Telefonnummer: .....

\*Beschluss bitte in Kopie beilegen

Befinden Sie sich derzeit in Haft?  JA  NEIN

Wenn JA:

Seit wann sind Sie in Haft? .....

Gibt es bereits ein Datum zur Enthaftung? .....

Vorstrafen:  JA  NEIN

Wenn JA, welche?.....

**Substanzkonsum bisher:****Welche Substanzen haben Sie in der Vergangenheit konsumiert?**

Hauptdroge/n:..... Begleitdroge/n: .....

**Substanzkonsum aktuell:**Konsumieren Sie aktuell Substanzen?  JA  NEIN

Wenn JA, welche? .....

Derzeit in Substitutionsbehandlung:  JA  NEIN

Wenn JA, substituiert mit: ..... Dosis/Höhe: .....

**Gab es bereits eine Entzugsbehandlung / sonstige Therapien?**.....  
.....  
.....**Haben Sie weitere körperliche, psychische und/oder neurologische/psychiatrische Erkrankungen?***Bitte kurz beschreiben und wenn möglich, Befunde in Kopie beilegen* JA  NEIN

Wenn JA, welche?

z.B. Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes), Erkrankungen von Herz-Kreislauf, Lunge, Verdauungsorganen, Hals/Nasen/Ohren/Augen, Haut, Harn- und Geschlechtsorganen, Allergien, Krampfanfälle, Depression, Schizophrenie, Angststörung, Persönlichkeitsstörungen usw.

.....  
.....  
.....**Haben Sie bakterielle oder virale Infektionskrankheiten (z.B. AIDS, Hepatitis, multiresistente Keime usw.)** JA  NEIN

Wenn JA, welche? .....

Nehmen Sie Medikamente ein?  JA  NEIN

Wenn JA, welche? .....

Kontakt zu anderen Einrichtungen:  Ja  Nein **Wenn JA, zu welcher?** .....

Wie wurden Sie auf OIKOS aufmerksam? .....

Falls Sie zugewiesen wurden - bitte Kontaktdaten der zuweisenden Stelle:

.....

- Ich bin mit einem unverschlüsselten Datenaustausch per e-mail (Zusendung einer Therapieplatzzusicherung, eines Antwortbriefes, etc.) einverstanden.

*Wenn ja, bitte Feld ankreuzen*

Unterschrift: .....

- **Mit meiner Unterschrift gebe ich mein Einverständnis zur Speicherung, Nutzung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Vorbetreuung.**

***Die von Ihnen bereit gestellten Daten sind zur Anmeldung für die stationäre Therapie, zur Überprüfung der Aufnahmekriterien sowie zur Durchführung einer Aufnahme in unsere Therapiestation erforderlich.***

Bitte nicht vergessen:

- MOTIVATIONSSCHREIBEN** (siehe Seite 5)
- vorhandene Arztbriefe beilegen** (*in Kopie*)
- gerichtlichen Beschluss beilegen** **bzw.**  
**Kostenübernahmebescheid** (*in Kopie*)

## MOTIVATIONSSCHREIBEN

**Bitte führen Sie hier Ihre Anliegen und weshalb Sie eine Therapie machen möchten an. Beschreiben Sie bitte auch die Entwicklung Ihres Drogenkonsums (von Beginn bis heute).**

**Vielen Dank.**

Area with 18 horizontal grey lines for writing the motivation letter.