

# Ersterhebungsbogen - STAMMDATEN

Datum: .....

VORNAME: .....		NACHNAME: .....	
ADRESSE:			
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

**Anhängiges Gerichtsverfahren am Bezirks-/Landesgericht:**  JA     NEIN

Wenn JA:

<b>Welches Gericht ist für Sie zuständig?</b> .....	
<b>Anklage:</b> .....	
<b>Gerichtliche Weisung zu gesundheitsbezogenen Maßnahmen vorhanden?</b> <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	
<b>Wenn JA, welche:</b>	<input type="radio"/> <i>ambulant</i> <input type="radio"/> <i>stationär</i> *
<b>Bewährungshilfe:</b>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
<b>Zuständige Person bei Gericht:</b> .....	
<b>Rechtsvertretung/Telefonnummer:</b> .....	
*Beschluss bitte in Kopie beilegen	

**Befinden Sie sich derzeit in Haft?**     JA     NEIN

Wenn JA:

<b>Seit wann sind Sie in Haft?</b> .....	
<b>Haben Sie einen Antrag auf §39 Therapie statt Strafe gestellt?</b> <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	
<b>Offene Verhandlungen?</b> .....	
<b>Gibt es bereits ein Datum zur Enthaftung?</b> .....	

**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:** .....**Andere derzeit einzunehmende Medikamente:** .....**Infektionskrankheiten (AIDS, Hepatitis, MRSA, etc.):  JA  NEIN****Wenn JA, welche?** .....**Andere körperliche oder psychiatrische Erkrankungen?\***.....  
.....*\*wenn möglich, Befunde bitte in Kopie beilegen***Gab es bereits eine Entzugsbehandlung / sonstige Therapien?**.....  
.....  
.....**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:**

.....

**Unterschrift:** .....**Bitte nicht vergessen:**

- MOTIVATIONSSCHREIBEN** (siehe Seite 4)
- vorhandene Arztbriefe beilegen** (in Kopie)
- gerichtlichen Beschluss beilegen** (in Kopie)



THERAPIE gemGmbH  
Pischeldorfer Straße 7  
9020 Klagenfurt am Wörthersee  
Tel. 0463 59 25 27  
Fax 0463 59 25 27-4  
beratungsstelle@oikos-klagenfurt.at  
www.oikos-klagenfurt.at

## 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 bars for writing the motivation letter.