



## Fragebogen für die Aufnahme im Therapiedorf Villa Lilly

Sehr geehrte/r Herr/Frau,

wir freuen uns, dass Sie sich zur Therapie Ihrer Suchterkrankung im Therapiedorf Villa Lilly entschieden haben. Zu unserer Planung benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen korrekt, damit wir Ihren Aufnahmetermin hier angemessen planen können.<sup>1</sup>

### 1. PERSONALIEN:

Name, Vorname: .....

Staatsangehörigkeit: ..... Geburtsdatum: .....

Familienstand:  ledig  verheiratet  getrenntlebend  geschieden  verwitwet

Aktuelle Adresse (aktueller Aufenthaltsort): .....

.....

Anschrift im Ausweis, wenn abweichend von aktueller Adresse:

.....

.....

Existiert diese Wohnung noch?  Nein.  Ja.

Ihre Telefonnummer: .....

Mailadresse:.....@.....

Sind Sie vorbestraft?  Nein.  Ja, wegen: .....

.....

Haftzeiten:  Nein.  Ja. Falls ja, wie viele Monate waren Sie insgesamt in Haft?

.....

Sind Sie aktuell inhaftiert?  Nein.  Ja, voraussichtlich bis: .....

.....

<sup>1</sup> Der Fragebogen verbleibt in der Einrichtung. Sollte es zu keiner Aufnahme kommen, werden wir den Fragebogen vernichten. Die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) werden strikt eingehalten.

Bestehen irgendwelche Therapieauflagen?  Nein.  Ja, folgende: .....

§ 35 BtMG  Ja  Nein  
§ 57 StGB (Bewährung)  Ja  Nein

.....

## 2. FRAGEN ZUR SUCHTERKRANKUNG:

Welche Suchtmittel stehen im Vordergrund Ihrer Abhängigkeit:

Heroin  Alkohol  Kokain/Crack  Speed, Ecstasy oder ähnliches

Haschisch (Cannabis)  Polytoxikomanie

Sonstige:  
.....

Mit welchem Alter begann die Suchterkrankung (ungefähr)? .....

Besteht bei Ihnen eine Hepatitis oder HIV?

Hepatitis, seit ungefähr .....  HIV, seit ungefähr .....

Falls ja: Haben Sie den Wunsch, Ihre Hepatitis/ HIV hier medikamentös behandeln zu lassen?

Ja.  Nein.  Weiß ich noch nicht.

Haben Sie weitere Erkrankungen außer der Suchterkrankung und den oben genannten?

Nein.  Ja, folgende: .....  
.....  
.....

Haben Sie weitere Probleme, die während Ihrer Therapie eine Rolle spielen könnten?

Nein.  Ja, folgende: .....  
.....  
.....

Haben Sie eine Vorstellung, warum die Suchterkrankung entstanden ist?

Nein.  Ja, folgende: .....  
.....  
.....

Welche Erwartungen haben Sie an die Behandlung bei uns?

.....  
.....

Wollen Sie abstinent leben?     Ja, unbedingt     Ich bin mir noch nicht sicher

Nein, eigentlich nicht. Ich bewerbe mich um den Therapieplatz wegen folgender Gründe:

.....  
.....

**3. FRAGEN ZU PSYCHISCHEN BESCHWERDEN:**

Leiden Sie unter psychischen Beschwerden oder Problemen?

Nein.     Ja, unter: .....

.....

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?     Nein.     Ja.

Wenn ja, welche: .....

.....  
.....

Helfen Ihnen diese Medikamente? .....

.....  
.....

Leiden Sie unter einer Psychose?

Nein.     Ja, unter: .....

.....

**Wenn NEIN, dann bitte weitere Fragen ab Punkt 4, Soziale Situation, beantworten.**

Wann ist Ihre Psychose zum 1. Mal aufgetreten?

.....

Wo wurde die Diagnose gestellt?

.....

Waren Sie wegen der Psychose schon stationär in der Psychiatrie?

Ja.       Nein.      Wenn ja, wie oft? .....

.....  
.....

Wenn ja, in welcher Klinik/ Ort? .....

.....

Waren Sie freiwillig dort oder waren Sie untergebracht? .....

.....

Wie ist aktuell die Symptomatik ihrer Psychose? .....

.....

.....

Haben Sie in letzter Zeit an Selbstmord gedacht oder auch einen Selbstmordversuch  
unternommen? .....

.....

#### 4. FRAGEN ZU IHRER SOZIALEN SITUATION:

Welche Leistungen beziehen Sie:       Keine.

Leistungen nach SGB II = Arbeitslosengeld II (Bürgergeld)

Leistungen nach SGB XII = Sozialhilfe/HLU       Arbeitslosengeld I

Krankengeld       Arbeitseinkommen/Lohn       Kindergeld

Sind Sie krankenversichert:       Ja, bei: .....

Falls nein:

Bei welcher Krankenkasse waren sie bisher versichert: .....

.....

Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung?       Nein.

Ja, folgende: .....

Berufserfahrungen:       Keine.       Ja, als:

.....

Haben Sie schon einmal eine Therapie angetreten?       Nein.       Ja.

Wenn ja, dürfen wir einen Therapiebericht anfordern?  Nein.

Ja, bei folgender Einrichtung: .....

Welche Sucht- oder Drogenberatung betreut Sie: .....

Name des Beraters/ der Beraterin: .....

**Nur bei Eltern-Kind-Aufnahmen:**

Haben Sie Kinder?  Nein.  Ja, .....

Wie heißen Ihre Kinder?.....

Bitte geben Sie die Geburtsdaten an:.....

Wo leben die Kinder?.....

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Ihre Unterschrift)

Vielen Dank für Ihre Angaben!  
Wir werden Ihren Antrag so schnell wie möglich bearbeiten.