

Sehr geehrte(r) Rehabilitand*in,

wir bitten Sie diesen Fragebogen **sorgfältig und vollständig** auszufüllen. Sie helfen uns damit Ihre Behandlung bestmöglich auf Ihre Bedürfnisse abzustimmen und das anstehende Vorgespräch zielführend zu gestalten. Der Fragebogen stellt daher auch eine **Voraussetzung für die Vereinbarung eines Vorgesprächs** dar. Senden Sie uns den Fragebogen deshalb bitte schnellstmöglich ausgefüllt wieder zu. Wir wünschen Ihnen noch eine gute Zeit in Ihrer derzeitigen Behandlung und freuen uns auf Sie.

Sozialdaten:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Nationalität: _____

Letzte Wohnadresse:

Aktuelle Handynummer:

Versicherungsnummer:

ledig

verheiratet seit verwitwet seit.....

Lebensgemeinschaft seit geschieden seit.....

Vorbehandler / Klinik (bitte komplette Anschrift):

Name des Therapeuten:

Tel:

E-Mail: **vorraus. Entlassdatum:**

Gesetzliche Betreuung

Wurde eine gesetzliche Betreuung beantragt oder bereits bestellt? nein / ja

Name:..... Telefonnummer:.....

Adresse:.....

Haben Sie Kinder? (Geben Sie bitte alle Kinder an und wo sie derzeit leben) nein / ja

Name..... Alter..... lebt.....

Name..... Alter..... lebt.....

Name..... Alter..... lebt.....

Falls Sie mehr als drei Kinder haben, nutzen Sie bitte ein Zusatzblatt

Suchtmittelkonsum

Bitte geben Sie eine vollständige Übersicht der Suchtmittel, die Sie in der Vergangenheit konsumiert haben (einschließlich pathologischem Glücksspiel oder Mediengebrauch).

Suchtmittel	Alter bei Erstkonsum	Häufigkeit/Menge
(1).....
(2).....
(3).....
(4).....

Gab es ein bestimmtes Umfeld (Beruf, Familie, Freundeskreis...) oder Anlässe (Stress auf der Arbeit, Konflikt mit Partner, andere Ereignisse...) die mit dem Konsum in Verbindung standen?

.....
.....
.....
.....

Welche persönlichen Belastungen oder Schwierigkeiten sehen sie aktuell in Ihrem Leben, die einen Rückfall begünstigen könnten?

.....
.....
.....
.....

Medizinische Rehabilitation

Tragen Sie bitte von Ihnen in Anspruch genommene medizinische Rehabilitationen, die Indikation (z.B. „Herz-Kreislauf“ oder „Sucht“) sowie die Klinik oder Ambulanz ein in der Sie behandelt wurden.

Jahr.....Indikation.....wo.....

Jahr.....Indikation.....wo.....

Jahr.....Indikation.....wo.....

Liegen bei Ihnen somatische oder psychische Vorerkrankungen vor?

.....

Hatten Sie in der Vergangenheit Unfälle oder Verletzungen mit Folgeschäden?

.....

Aktuell eingenommene Medikation:

.....

Behinderung / Erwerbsminderung

Wurde bei Ihnen eine **Behinderung** oder eine **Minderung der Erwerbsfähigkeit** anerkannt?

Grad der Behinderung (GdB).....Grund.....

Erwerbsminderung (MdE) in Prozent:..... () unbefristet () befristet

Einkommen

Wie bestreiten Sie derzeit Ihren Lebensunterhalt:

() Gehalt () Rente () Übergangsgeld

() ALG1 () ALG 2 () Eigentum () Anderes Einkommen

Schulden

() nein () ja geregelt () ja () nein

Benötigen Sie Hilfe bei der Regulierung () ja () nein

Juristische Aspekte

Liegt eine gerichtliche oder andere Therapieauflage vor?

() nein / () ja

Besteht noch ein nicht abgeschlossenes Gerichtsverfahren?

() nein / () ja

Sind sie in der Vergangenheit rechtskräftig für eine Straftat verurteilt worden?

() nein

() ja wurde eine () Bewährungs- oder () Haftstrafe erlassen?

Schule / Ausbildung / Studium

Höchster erreichter Schulabschluss.....Abschluss (Jahr).....

Berufsausbildung 1.....Abschluss (Jahr).....

Berufsausbildung 2.....Abschluss (Jahr).....

Studium 1.....Abschluss (Jahr).....

Studium 2Abschluss (Jahr).....

Erwerbsbiographie

*Bitte beginnen Sie mit Ihrem **letzten** Beschäftigungsverhältnis*

Tätigkeit als.....Arbeitgeber:..... von..... bis.....

Tätigkeit als.....Arbeitgeber:..... von..... bis.....

Tätigkeit als.....Arbeitgeber:..... von..... bis.....

Tätigkeit als.....Arbeitgeber:..... von..... bis.....

Tätigkeit als.....Arbeitgeber:..... von..... bis.....

Zeiten von Arbeitslosigkeit

Bitte beginnen Sie mit der am kürzesten zurückliegenden Arbeitslosigkeit

von.....bis..... von.....bis.....

von.....bis..... von.....bis.....

Berufliche Rehabilitation

Bitte tragen Sie von Ihnen in Anspruch genommenen Leistungen der beruflichen Rehabilitation ein. Wann und wo haben Sie welche Leistungen erhalten?

Jahr.....Leistung.....wo.....

Jahr.....Leistung.....wo.....

Jahr.....Leistung.....wo.....

Berufliche Ziele

Wissen Sie schon, welche berufliche Tätigkeit Sie nach Beendigung der Adaptionsbehandlung anstreben?

() nein

() ja welche?.....

Welche sonstigen beruflichen Ziele haben Sie sich gesetzt:

.....
.....
.....
.....
.....

Besondere Fähigkeiten

Verfügen Sie über besondere Fähigkeiten und Fertigkeiten, die Sie beruflich einbringen können?

nein ja

welche:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Besitzen Sie einen Führerschein?

ja nein

Fortbildung/ Weiterbildung/Schulung

Haben sie Fortbildungen, Weiterbildungen oder Schulungen absolviert (z.B. SAP, Kranführerschein, Flurfördermittelschein, Sachkundeprüfung 34a...)

nein

ja

Nun zu der anstehenden Adaptionsbehandlung

Hobbies / Freizeit

Welche der folgenden Freizeitaktivitäten würde Sie interessieren:

- musikalische Betätigung
- Malen, Zeichnen
- Fotografieren
- Schreiben
- sportliche Betätigung
- Sonstiges.....

Wie schätzen Sie ihre Fähigkeiten in folgenden Lebensbereichen ein:

Abstinenzfähigkeit: <input type="checkbox"/> sehr hoch <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> sehr gering	Psychische Stabilität: <input type="checkbox"/> sehr hoch <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> sehr gering
---	--

Einkaufen <input type="checkbox"/> sehr hoch <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> sehr gering	Kochen <input type="checkbox"/> sehr hoch <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> sehr gering	Ernährung allgemein <input type="checkbox"/> sehr hoch <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> sehr gering
Wäschewaschen <input type="checkbox"/> sehr hoch <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> sehr gering	Reinigungsarbeiten <input type="checkbox"/> sehr hoch <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> sehr gering	Sicheres Auftreten <input type="checkbox"/> sehr hoch <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> sehr gering
Kommunikationsfähigkeit <input type="checkbox"/> sehr hoch <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> sehr gering	Berufliches Telefonieren <input type="checkbox"/> sehr hoch <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> sehr gering	Gesprochenes Deutsch <input type="checkbox"/> sehr hoch <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> sehr gering
Deutsch als Schriftsprache <input type="checkbox"/> sehr hoch <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> sehr gering	Rechnen <input type="checkbox"/> sehr hoch <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> sehr gering	Digitale Medien (Word, Excel, PowerPoint) <input type="checkbox"/> sehr hoch <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> sehr gering

Konnten sie diesen Fragebogen **ohne** fremde Hilfe verstehen und eigenhändig ausfüllen?

nein ja

Datum..... Unterschrift.....

Herzlichen Dank für Ihre Mühe.

Bitte schnellstmöglich zurück an:

Johannesbad Adaption Dortmund
Hacheneyer Straße 180
44265 Dortmund
Fax +49 231 7109-5591