FACHVERBAND FÜR
PRÄVENTION UND REHABILITATION
IN DER ERZDIÖZESE FREIBURG E. V.

REGIONALE TAGESKLINIK
DER REHAKLINIK FREIOLSHEIM

FACHKLINIK ZUR BEHANDLUNG
ABHÄNGIGKEITSERKRANKTER

GRITZNERSTR. 11
76227 KARLSRUHE

TEL. 0721/6803380, FAX 0721/68033819
TAGESKLINIK@AGJ-FREIBURG.DE
WWW.TAGESKLINIK-AGJ.DE

IK-NR. 540820115

Tagesklinik Karlsruhe
Gritznerstr. 11

76227 Karlsruhe

Bewerbungsbogen

Angaben zur Person

Vor- und
Nachname:_____Geburtsdatum:_____

Staatsangehörigkeit:_____Familienstand:_____

Kinder (Anzahl, Alter,
Aufenthalt):_____

Anschrift:_____

Telefon:_____ E-Mail Adresse:_____

Wohnsituation: ☐ eigene Wohnung ☐ Eltern

☐ bei Partner/in ☐ Angehörige

☐ sonstiges: _____

☐ JVA: seit_____

☐ Bewährung: ja ☐ nein ☐

Schulbildung: _____ mit Abschluss: ja ☐ nein ☐

Berufsbildung:_____ mit Abschluss: ja ☐ nein ☐

zurzeit: berufstätig ☐ krankgeschrieben ☐ arbeitslos ☐ seit _____

Strafrechtliche Situation:

Bewährung ja ☐ bis _____ nein ☐

z.Zt.: in Haft: ja ☐ nein ☐

offenes Strafverfahren: ja ☐ nein ☐

frühere Haftzeiten: _____ Monate

Angaben zum Suchtmittelkonsum:

Drogenkonsum seit _____

Suchtmittel z.Zt. _____

Substitution seit _____in Substitutionspraxis:_____

Aktuelle Medikation _____

Bisherige therapeutische Behandlungen:

☐ stationär	1.	von ……	bis…….....	regulär?	ja ☐	nein ☐
	2.	von ……	bis…….....	regulär?	ja ☐	nein ☐
	3.	von ……	bis…….....	regulär?	ja ☐	nein ☐
☐ teilstationär	1.	von ……	bis……	regulär?	ja ☐	nein ☐
	2.	von ……	bis…….....	regulär?	ja ☐	nein ☐
☐ ambulant	1.	von …….	bis…….....	regulär?	ja ☐	nein ☐
	2.	von ……	bis…….....	regulär?	ja ☐	nein ☐
☐ sonstige	1.	von ……	bis……..	wo?_____		
	2.	von……	bis……	wo?_____		

Anschrift der Drogenberatungsstelle:

_____

Zuständige/r Drogenberater/in: _____

Zeiten der Abstinenz (auch Alkohol!):

von:_____ bis_____ wie geschafft? _____

von:_____ bis_____ wie geschafft? _____

von:_____ bis_____ wie geschafft?_____

Behandlung in der Tagesklinik

Warum möchten Sie eine Behandlung in einer Tagesklinik durchführen?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Welcher Kostenträger kommt in Frage? _____

Welche Bezugsperson, die selbst nicht suchtmittelabhängig ist, kann Sie während einer Therapie in der Tagesklinik begleiten?

_____

Lebens- und Suchtverlauf