



Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Einrichtung und dafür, dass Sie diesen wichtigen Schritt gemeinsam mit uns gehen möchten!

Um Ihre Situation bestmöglich einschätzen zu können und Ihnen eine passgenaue Therapie anbieten zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen so genau wie möglich zu beantworten. **Ihre Angaben sind selbstverständlich freiwillig.**

Umfangreichere Informationen ermöglichen uns eine noch individuellere und gezieltere Betreuung. **Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten wollen/können, hat dies keinerlei Auswirkungen auf Ihre Behandlung.**

Nachname, Vorname

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

Telefonnummer E-Mail-Adresse

Versicherungsnummer Geburtsdatum

Ihre gewünschte Therapieform

Ambulante Therapie am Krankenhaus Maria Ebene (+ Begleitung Suchtfachstelle)

Stationäre Therapie:

Krise- und Kurzzeittherapie inkl. körperlicher Entzug (bis ca. 4 Wochen)

8-Wochen-Therapie (mit körperlichem Entzug ca. 9-12 Wochen)

Teilentzug (bei fortgeführter Substitution - bis ca. 4 Wochen)

Langzeittherapie (mit vorab Entzug oder Teilentzug - ab 12 Wochen Therapie)

Krankenhaus Maria Ebene

Therapiestation Carina (nicht mit Teilentzug möglich)

Ihre Therapieziele

Wir möchten Sie unterstützen, Ihre Schwierigkeiten in verschiedenen Bereichen aktiv anzugehen.

Was möchten Sie gerne verändern? Welche Ziele haben Sie in Bezug auf die Therapie?

Was motiviert Sie eine Therapie in unseren Einrichtungen zu machen?

In Bezug auf:

Suchterkrankung

Wohnen/Einkommen/Ausbildung/Arbeit

Sonstiges

Soziale Situation

Sind Sie derzeit **mitversichert**? Ja Nein

Wenn ja, bei wem?

Besteht aktuell ein **aufrechter Krankenversicherungsschutz**? Ja Nein
 berufstätig Arbeitslos/AMS Krankengeld (ÖGK, BVA, etc.)

Falls nicht, muss das Erstgespräch selbst bezahlt werden

Besteht aktuell eine **Rezeptgebührenbefreiung**? Ja Nein

Wenn ja, wie lange aufrecht?

Staatsbürgerschaft:

Bei Nichtösterreicher

Aufenthaltstitel (Dauer und Gültigkeit)

Asylstatus (Drittstaatsangehörigkeit)

Haben Sie einen Pass? Ja Nein

Wenn ja, Gültigkeit?

Wohnsituation:

Mit wie vielen Personen leben Sie aktuell im Haushalt: Alleine mit ____ Personen

Wohn- und Meldeadresse

Derzeitige Wohnsituation

Eigentum bei Obsorgeberechtigten Miete

Antrag auf **Gemeindewohnung** gestellt? Ja Nein

Wenn ja, in welcher Gemeinde?



Arbeitssituation:

- angestellt selbstständig arbeitslos Reha-/IV-Geld
 Haft Pension Hausfrau:mann

Beschreiben Sie bitte Ihre Arbeitssituation oder Tagesstruktur

Haben Sie einen Führerschein? Ja Nein
Wenn nein, seit wann nicht mehr?

Liegt ein **Grad der Beeinträchtigung / Behinderung** vor? Ja Nein

Finanzielle Situation:

Liegen derzeit **Schulden** vor Ja Nein
Wenn ja

Sind Sie bereits bei der **Schuldenberatung** Ja Nein

Wenn ja, wer ist ihr Ansprechpartner

Ist Ihre Schuldensituation geregelt? Privatkonkurs Ratenzahlung

Sind Schulden offen, Gerichtliche Schulden BH-Schulden

Gerichtliches:

Haben Sie **offene Gerichtsverfahren**? Ja Nein

Wenn ja, welche? _(BH, LG, BZ)

Gibt es **offene Geld- oder Haftstrafen**? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Gibt es eine **gerichtliche/behördliche Weisung für eine Therapie**? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Beschluss vorliegend?

Liegt ein **Aufenthaltsverbot** vor? Ja Nein

Nehmen Sie eine **Bewährungshilfe** in Anspruch? Ja Nein

Wenn ja, wer ist ihr **Ansprechpartner**

Nehmen Sie eine **Erwachsenenvertretung**? Ja Nein

Wenn ja, für welche Anliegen

Wenn ja, wer ist ihr **Ansprechpartner**

Gesundheit

Leiden Sie an körperlichen Krankheiten?

Leiden Sie an psychischen / neurologischen Krankheiten?

Benennen Sie bisherige Operationen und Krankenhausaufenthalte der letzten 3 Jahre.

Stehen OPs oder medizinische Untersuchungen bzw. (Zahn-)Behandlungen bevor?

Aktuelle Medikamente:

Alkohol

Konsumieren Sie **Alkohol**? Ja Nein

An wie vielen Tagen konsumieren Sie Alkohol?
 täglich ___ pro Woche selten

Welche alkoholischen Getränke konsumieren Sie?

Trinken Sie alleine? Ja Nein

Seit wann ist Ihr Alkoholkonsum problematisch?

Wann war ihre erster Alkoholrausch?

Wieviel trinken Sie durchschnittlich?

Andere Suchtmittel

Konsumieren Sie **Tabak/Nikotin**? Ja Nein

Wenn ja, wie nehmen Sie Nikotin zu sich?
 Zigarette E-Zigarette Snus Schnupftabak

Wann war ihre erste Zigarette?

Seit wann rauchen Sie regelmäßig?

Wieviel rauchen Sie pro Tag?

Illegale Substanzen

	Ja	Erstkonsum	Menge/Häufigkeit letzten 30 Tage	Letzter Konsum
Benzodiazepine	<input type="radio"/>			
Cannabis (THC)	<input type="radio"/>			
Kokain	<input type="radio"/>			
Amphetamine z.B. Speed, Crystal Meth	<input type="radio"/>			
MDMA z.B. Ecstasy	<input type="radio"/>			
Andere Stimulantien	<input type="radio"/>			
Opiode:				
Heroin	<input type="radio"/>			
Methadon	<input type="radio"/>			
Morphin in Retardform z.B. Substitol, Compensan	<input type="radio"/>			
Andere Opiode	<input type="radio"/>			
LSD, Pilze	<input type="radio"/>			
Schnüffelstoffe	<input type="radio"/>			
Andere Drogen	<input type="radio"/>			

Waren Sie schon in **stationärer Therapie**

Ja

Nein

Wenn ja, welche/wo

Wenn ja, wann und wie lange

Haben Sie bereits eine **Entzugs- oder Entwöhnungstherapie** gemacht:

Ja

Nein

Wenn ja,

ambulant

stationär

Wenn ja, wo und wann

Sind Sie bei einer **Suchtfachstelle** und/oder **ambulanten Beratungsstelle**? Ja

Nein

Wenn ja, welche

Wer ist ihr Ansprechpartner (Sozialarbeiter, Psychotherapeut/Arzt)

Wer ist Ihr **Hausarzt / Hausärztin**:

Haben Sie eine/n **niedergelassene/n Psychiater/in**?

Ja

Nein

Waren Sie in den letzten **2 Jahren** als Patient/in in einem **Krankenhaus**?

Ja

Nein

Wann ja, welchem

Haben Sie zu anderen **stationären Einrichtungen** auch Kontakt aufgenommen?

Ja

Nein

Wenn ja, zu welche:r

Weitere medizinisch-psychologische Abklärungen

- Haben Sie **Allergien**? Ja Nein
Wenn ja, welche
- Hatten Sie schon einmal einen **epileptischen Anfall**? Ja Nein
- Waren Sie jemals **bewusstlos**? Ja Nein
- Haben Sie jemals versucht, sich das Leben zu nehmen? Ja Nein
Wenn ja, wann
Wenn ja, waren sie anschließend in stationärer Behandlung? Ja Nein
- Hatten Sie je eine **Überdosis**? Ja Nein
Wann zuletzt und wie viele?
- Besteht aktuell eine **Verhaltensproblematik** Ja Nein
z.B. Glückspiel, Gaming, Internet, Soziale Medien, Kaufen, Sport, Pornografie?
- Bestand **früher** eine der oben genannten Verhaltensproblematiken Ja Nein
- Haben Sie eine **Essstörung**? (Bulimie, Anorexie, Binge-Eating) Ja Nein
Wenn ja, seit wann
- Bestand **früher** eine Essstörung Ja Nein
- Wurde bei Ihnen, abgesehen von Ihrer Suchtproblematik, eine **psychische Erkrankung** festgestellt? Ja Nein
Wenn ja, welche
- Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine **psychotische Erkrankung/Psychose** festgestellt? Ja Nein
Wenn ja, welche
- Wurde festgestellt, dass diese durch den Konsum von Suchtmitteln verursacht wurde? Ja Nein

Möchten Sie eine **Kontaktperson** angeben:

Ja

Nein

Wenn ja,

Definition **Kontaktperson**:

Bitte benennen Sie eine Person, die wir kontaktieren dürfen, falls wir Sie für die Terminvereinbarung Ihres stationären Aufenthalts nicht erreichen können. Diese Person wird **keine Auskünfte zu Ihrem gesundheitlichen Zustand** erhalten, sondern dient lediglich zur Weitergabe organisatorischer Informationen.

Ort, Datum

Unterschrift

Wir möchten Sie abschließend nochmals darauf hinweisen, dass alle Angaben in diesem Fragebogen freiwillig sind.

Datenschutzbestimmungen

Selbstverständlich werden alle Daten vertraulich behandelt und an keine anderen Institutionen oder Behörden weitergegeben! Ihre Angaben helfen uns, Sie vorweg ein wenig kennen zu lernen. Ihre persönlichen Daten werden gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen verarbeitet. Sollten Sie Ihre Anmeldung zurückziehen, werden alle von Ihnen bereitgestellten Daten umgehend gelöscht. Dies umfasst sämtliche Informationen, die im Rahmen Ihrer Anmeldung erfasst wurden, es sei denn, eine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Ihre Daten werden nicht für andere Zwecke verwendet und ausschließlich zu dem Zweck verarbeitet, für den sie erhoben wurden.