

## Bewerberfragebogen

Dieser Fragebogen soll dazu dienen, uns zur Vorbereitung auf deine Aufnahme einen Überblick über deine persönliche Situation zu geben. Bitte sende den ausgefüllten Fragebogen per Fax (04372/677) oder als Brief (Schulstraße 8, 23769 Fehmarn) an uns zurück.

**Achtung: Aktuell kann eine Aufnahme nur mit Nachweis der abgeschlossenen Impfung und mit einem negativen Covid-19 Testergebnis erfolgen. Alternativ ist der Test und Deine Bereitschaft zur Impfung die Voraussetzung für eine Aufnahme!**

### Angaben zu deiner Person:

Name, Vorname:	Telefonnummer:
Geburtsdatum,-ort:	Aktuelle Adresse:
Staatsangehörigkeit:	
Konfession:	
Schulabschluss:	letzte Berufstätigkeit:
Berufsausbildung:	Zeitraum:
Krankenkasse:	Rentenversicherung:
Versicherungsnr.:	Versicherungsnr.:

### Fragen zu deinem Suchtverlauf

1. Welche Suchtmittel hast du konsumiert? Hauptsubstanzen bitte unterstreichen.

- |                                  |  |  |
|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nikotin | <input type="checkbox"/> Kokain, Crack | <input type="checkbox"/> Haschisch, Marihuana                  |
| <input type="checkbox"/> Alkohol | <input type="checkbox"/> Heroin, Opium | <input type="checkbox"/> Codein, Morphin, Fentanyl, Oxygesic   |
| <input type="checkbox"/> Ecstasy | <input type="checkbox"/> Amphetamine   | <input type="checkbox"/> Methadon / Polamidon / Subutex        |
| <input type="checkbox"/> Spice   | <input type="checkbox"/> LSD, Meskalin | <input type="checkbox"/> Schnüffelstoffe                       |
| <input type="checkbox"/> Crystal | <input type="checkbox"/> Ketamin       | <input type="checkbox"/> Spielsucht (Automaten, Computer etc.) |

Sonstige: \_\_\_\_\_

2. Aktuelles Konsumverhalten:

- |   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich bin clean          | <input type="checkbox"/> Ich konsumiere:                      | <input type="checkbox"/> Selbstentzug |
| <input type="checkbox"/> Ich werde substituiert | <input type="checkbox"/> Ich benötige einen klinischen Entzug |                                       |

3. Hast du bereits einen klinischen Drogenentzug absolviert?

- Nein       Ja, bereits \_\_ mal, zuletzt \_\_\_\_\_ in

Datum

Einrichtung

4. Hast du schon in der Vergangenheit an Therapien teilgenommen?

- Nein       Ja, bereits \_\_ mal, zuletzt \_\_\_\_\_ in

Datum

Einrichtung

### Fragen zu den Therapiekosten:

1. Wurde der Antrag auf Kostenübernahme bereits gestellt?



Ja, bei  Deutsche Rentenversicherung  Krankenkasse  Sozialamt  
 Nein  Kostenzusage liegt vor von \_\_\_\_\_

2. Welche Leistungen wirst du zur finanziellen Versorgung während der Therapie beziehen?  
 ALG II  Übergangsgeld  Sozialhilfe  Sonstige: \_\_\_\_\_  
 Ich habe noch keine Versorgungsanträge gestellt.

3. Wirst du von einer Beratungsstelle oder Selbsthilfegruppe begleitet?  
 Nein  Ja, von \_\_\_\_\_  
Name, Adresse, Telefonnummer

4. Wie oder durch wen wurdest du auf unsere Therapieeinrichtung aufmerksam?  
 \_\_\_\_\_

5. Was erwartest du von einer Suchtklinik mit einer christlichen Ausrichtung?  
 \_\_\_\_\_

**Fragen zu deiner gesundheitlichen Situation:**

Größe:	Nimmst du (Dauer-)Medikamente? Welche?
Gewicht: Wohlfühlgewicht:	Nimmst du Schmerzmittel? Welche und Warum?
Behinderungen, Einschränkungen:	Hattest du Corona? Wann?
Allergien:	Bist du gegen Corona geimpft? <input type="checkbox"/> Nein JA: <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <input type="checkbox"/> 4x
Ich bin infiziert mit: <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Lues <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Ich hatte Krampfanfälle <input type="checkbox"/> Ich habe Epilepsie

1. Wurdest du in den letzte 12 Monaten auf einer Intensivstation behandelt?  
 Nein  Ja, wegen \_\_\_\_\_

2. Leidest du zurzeit an einer akuten körperlichen Krankheit / Verletzung?  
 Nein  Ja, an \_\_\_\_\_

3. Leidest du unter Krankheiten in einem der folgenden Bereiche?  
 Diabetes  Herz/Lunge  Magen/Darm

4. Benötigst du Hilfsmittel?  
 Nein  Ja, folgende \_\_\_\_\_

5. Bist/ warst du in ärztlicher Behandlung?  
 Nein  Ja bei \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
 Folgende Behandlung ist noch nicht abgeschlossen:  Zahnarzt  Facharzt

5. Fragen zu deiner psychischen Verfassung (Zutreffendes ankreuzen):  
 ADHS  Essstörung  Bipolare Störung  
 Psychose  Zwangsstörung  Ich nehme Schlafmittel



Ich nehme Beruhigungsmittel

- Hast du jemals versucht, dir das Leben zu nehmen  Nein  Ja – wann:  
 Ich bin (oder war) in psychiatrischer Behandlung  Ambulant  Stationär

6. Bekommst du aktuell Medikamente verordnet?

Nein  Ja, folgende \_\_\_\_\_

7. Dürfen wir ggfs. ärztliche Unterlagen anfordern? Wo, bei wem?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 8. Schweigepflichtentbindung:

Zur Anforderung von diesen Arzt-Berichten erkläre ich meine Schweigepflichtentbindung:

Ich entbinde hiermit meine(n) ärztlichen Behandler/in bzw. die Klinik \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich war dort im Jahr \_\_\_\_\_ in Behandlung. Ich bitte um Übermittlung von Befund- oder Entlassungsberichten an die leitende Ärztin von Life Challenge Fehmarn, Frau Ilse Friedrich. Ich weiß, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.

---

Ort, Datum

Name, Vorname (leserlich)

Unterschrift

Die abgeschlossene Corona-Impfung weise ich nach

- mit dem Impfzertifikat auf meinem Smartphone  
 mit der Vorlage meines Impfbuches (mitbringen!)

Ich bin noch nicht geimpft und erkläre mich hiermit zur Corona-Impfung in Fehmarn bereit.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich bereit, im Falle einer Aufnahme die Richtlinien und die aktuelle Hausordnung von Life Challenge Fehmarn anzuerkennen.

---

Ort, Datum

Unterschrift



Life Challenge Fehmarn  
Schulstraße 8 · 23769 Fehmarn  
Tel: 04372-1415 · Fax: 04372/677

