

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 (04372-80632-21) oder als Brief (Schulstraße 8, 23769 Fehmarn) an uns zurück.

Angaben zu deiner Person

Name, Vorname:	Telefonnummer:
Geburtsdatum,-ort:	Aktuelle Adresse:
Konfession:	<input type="checkbox"/> JVA <input type="checkbox"/> Übergangseinrichtung
Staatsangehörigkeit:	gesetzl. Betreuer und Adresse:
Aufenthaltsstatus:	
Schulabschluss:	letzte Berufstätigkeit:
Berufsausbildung:	Zeitraum:
Krankenkasse:	Rentenversicherung:
Versicherungsnr.:	Versicherungsnr.:
Aktuell in der stat. Entgiftung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beziehungsstatus: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/>

Fragen zu deinem Suchtverlauf

1. Aktuelles Konsumverhalten:

- Ich bin clean Ich konsumiere aktuell: Selbstentzug
 Ich werde substituiert Ich plane einen klinischen Entzug

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

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

Sonstige: _____

3. Hast du bereits einen klinischen Drogenentzug absolviert?

- Nein Ja, bereits __ mal, zuletzt _____ in _____
Datum *Einrichtung*

4. Hast du schon in der Vergangenheit an einer Psycho-/und oder Suchttherapie teilgenommen?

- Nein Ja, bereits __ mal, zuletzt _____ in _____
Datum *Einrichtung*

- Nein Ja, bereits __ mal, zuletzt _____ in _____
Datum *Einrichtung*



Therapievorbereitung

3. Wirst du von einer Beratungsstelle oder Selbsthilfegruppe begleitet?

Nein Ja, von _____
Name, Adresse, Telefonnummer

4. Was erwartest du von einer Suchtklinik mit einer christlichen Ausrichtung?

Finanzielle Situation:

1. Wurde der Antrag auf Kostenübernahme bereits gestellt?

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

2. Beziehst du aktuell Leistungen? Welche?

Lohn/ Gehalt ALG 1 Krankengeld Bürgergeld Rente
 Sozialhilfe Asylbewerberleistungen Sonstige: _____
 Ich habe noch keine Versorgungsanträge gestellt.

Fragen zu deiner gesundheitlichen Situation:

Größe:	Gewicht:
Allergien: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche?	Wohlfühlgewicht: Nimmst du (Dauer-) Medikamente? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Behinderungen, Einschränkungen:	Impfpass vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Benötigst du Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche?	Ist der Impfstatus aktuell (Tetanus, etc.)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Infektionskrankheiten bekannt? <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Ich hatte Krampfanfälle im Entzug <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
andere: _____



4. Bist/ warst du aktuell in ärztlicher Behandlung?

Nein Ja, bei _____ in _____

Folgende Behandlung ist noch nicht abgeschlossen: Zahnarzt Facharzt

5. Fragen zu deiner psychischen Verfassung (Zutreffendes ankreuzen):

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> AD(H)S | <input type="checkbox"/> Essstörung | <input type="checkbox"/> Bipolare Störung |
| <input type="checkbox"/> Psychose | <input type="checkbox"/> Zwangsstörung | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Borderline | <input type="checkbox"/> PTBS | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

Hast du jemals versucht, dir das Leben zu nehmen? Ja Nein

Ich bin aktuell in psychiatrischer Behandlung. Ambulant Stationär

6. Bekommst du aktuell Medikamente verordnet? ja nein

Wenn _____ ja, _____ folgende

7. Ich kann ärztliche Unterlagen von bisherigen Behandlungen zu schicken.

ja nein

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



Schweigepflichtentbindung

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Zur Anforderung von 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 ärztliche Leitung von Life Challenge Fehmarn e.V./ Rehabilitationsklinik (Schulstr. 8, 23769 Fehmarn). Mit dem Versand der Unterlagen per Fax bin ich einverstanden. Ich weiß, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift



Informationen für Leistungsnehmer unserer Angebote und Leistungen im Bereich der Stationären medizinischen Rehabilitation, Adaption oder betreuten Wohnen auf der Grundlage der Artikel 12ff Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).

Sehr geehrter Bewerber,

im Zusammenhang mit Ihrem Interesse an unserer Einrichtung bzw. aufgrund Ihrer Aufnahme in unserer Therapieeinrichtung ist es notwendig personenbezogene Daten über Ihre Person zu verarbeiten.

Im Rahmen der Behandlung und bereits im Vorwege, um die Behandlung anzubahnen (Warteliste), werden Daten über Ihre Person erhoben, erfasst, gespeichert und verarbeitet.

Dies geschieht speziell durch den Einsatz des Computer-Programms PATFAK (**PAT**ientenverwaltung und Leistungs**FAK**turierung) in dem Ihre Daten elektronisch gespeichert werden (Elektronische Patientenakte). Die Daten sind nur befugten Personen der Einrichtung zugänglich. Eine Weitergabe personenbezogener Daten ist grundsätzlich ausgeschlossen.

Ihre personenbezogenen Daten erheben wir grundsätzlich, so weit möglich, von Ihnen selbst. Teilweise kann es auch vorkommen, dass wir von behandelnden Ärzt:innen oder vorbehandelnden Einrichtungen Sie betreffende personenbezogene Daten erhalten. Diese werden in unserer Einrichtung im Sinne einer einheitlichen Dokumentation mit Ihren übrigen Daten zusammengeführt. Die Daten werden verantwortlich verarbeitet und unterliegen der Verschwiegenheit.

Rechtliche Grundlage dafür, dass wir Ihre Daten verarbeiten dürfen, ergibt sich aus Art. 6 Abs 1b DSGVO. Danach ist die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erforderlich für die Anbahnung und eine möglicherweise dann folgende Durchführung einer Behandlung. Dies ist bspw. bei der Datenerhebung vor Behandlungsbeginn in Form von Fragebögen der Fall.

Alle Mitarbeitende, auch externe Dienstleister (z.B. Mitarbeiter von Redline Data), sind vertraglich verpflichtet, die ihnen zugänglich gewordenen Daten vertraulich zu behandeln und die gesetzlichen Maßnahmen zu erfüllen, die zur Umsetzung eines vertraulichen Datenschutzes notwendig sind.

Nur mit Ihrem Einverständnis können Ihre Daten an Dritte weiter gegeben werden, wenn Sie uns eine entsprechende Schweigepflichtsentscheidung erteilen.

Sie haben das Recht, vorab gemachte Einwilligungen – schriftlich – zu widerrufen.

Sofern unsere Einrichtung zur Durchsetzung ihrer Ansprüche gegen Sie gezwungen ist, anwaltliche oder gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, müssen wir (zu Zwecken der Rechtsverfolgung) die dafür notwendigen Daten zu Ihrer Person und Ihrem Vertrag offenbaren. Ihre Daten werden solange verarbeitet, wie es zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist.

Mit Beendigung der Behandlung erlischt auch die Verarbeitung und Ihre Daten werden gelöscht, soweit nicht z.B. Aufbewahrungsfristen (§630f BGB) eine Speicherung rechtfertigen.

Ich habe die Informationen zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung gelesen und erkläre mich damit einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

