

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:	☐ JVA ☐ Übergangseinrichtung ☐ Privat
Staatsangehörigkeit:	gesetzl. Betreuer und Adresse:
Aufenthaltsstatus:	
Schulabschluss:	letzte Berufstätigkeit:
Berufsausbildung:	Zeitraum:
Krankenkasse:	Rentenversicherung:
Versicherungsnr.:	Versicherungsnr.:
Aktuell in der stat. Entgiftung:	Beziehungsstatus:
☐ ja ☐ nein	☐ verheiratet ☐ ledig ☐

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 | ☐ Schnüffelfstoffe |
| ☐ 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

1. Wirst du von einer Beratungsstelle oder Selbsthilfegruppe begleitet?

☐ Nein ☐ Ja, von _____
Name, Adresse, Telefonnummer

2. 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:
	Wohlfühlgewicht:
Allergien: ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche?	Nimmst du (Dauer-) Medikamente? ☐ ja ☐ nein
Behinderungen, Einschränkungen:	
Sind Infektionskrankheiten bekannt? ☐ Hepatitis ☐ HIV ☐ _____	☐ Ich hatte Krampfanfälle im Entzug ☐ 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):

☐ AD(H)S ☐ Essstörung ☐ Bipolare Störung
☐ Psychose ☐ Zwangsstörung ☐ Depression
☐ Borderline ☐ PTBS ☐ 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

8. Benötigst du Hilfsmittel? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

9. Ist der Impfstatus aktuell (Tetanus, etc.)? ☐ 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. 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 des EKD-Datenschutzgesetzes (EKD-DSG).

Sehr geehrter Bewerber,

im Zusammenhang mit Ihrem Interesse an unserer Einrichtung Life Challenge Fehmarn e.V. 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 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, erfolgt auf der Grundlage des § 13 Nr. 8 DSG-EKD. 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 weitergegeben werden, wenn Sie uns eine entsprechende Schweigepflichtsentbindung 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

