



FACHVERBAND FÜR  
PRÄVENTION UND REHABILITATION  
IN DER ERZDIOZESE 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**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---