

Adress- und Kontaktdaten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Handy/Telefon

E-Mail

Familienstand

Staatsangehörigkeit

Kinder

Alter

Keine Kinder

Jugendamt involviert

Vermittelnde Einrichtung

Name

Anschrift

Ansprechpartner

Telefonnummer

Fax

E-Mail

Kostenträger der Eingliederungshilfe

Wird vom AbW ausgefüllt

Vorstellungsgespräch am:

Hospitation am:

Gewünschte Aufnahmeart und Standort

Betreutes Wohnen (BW- Wohnung wird für die Dauer der Betreuung zur Verfügung gestellt)

Betreutes Einzelwohnen (BEW – eigener Wohnraum vorhanden)

Standort Nürnberg

Standort Erlangen

Gewünschter Aufnahmetermin:

Eine Therapieverlängerung ist möglich, falls kein Platz zum Wunschtermin zur Verfügung steht.

Verlängerung möglich bis

In der Vergangenheit begonnene/abgeschlossene Therapie

nein	ja	Anzahl
------	----	--------

Hauptdrogen

aktuell substituiert

Alkohol	Methadon
Amphetamine	Morphine/Opiate
Barbiturate	Spice/Badesalze
Benzodiazepine	Methamphetamine
Cannabis	Medikamente
Ecstasy	Psychoaktive Substanzen
Fentanyl	Tramadol
Glücksspiel	Sonstiges
Kokain	

Zeitpunkt letztmaliger Konsum

Sucht Diagnosen mit ICD Code

Psychische Erkrankungen

Körperliche Erkrankungen

Aktuelle Medikation

Essstörung

Erwerbsminderung

Schwerbehindertenausweis

Haftbefehl

laufende gerichtliche Verfahren

Bewährungshilfe vorhanden

Gesetzliche Betreuung

Kontaktdaten der gesetzlichen Betreuung

Momentanes Einkommen

Übergangsgeld (DRV)

ALG I

Bürgergeld

EU-Rente

Lohn/Gehalt

Sonstiges

Schulden in Höhe von

Beruflicher Werdegang

Folgender Schulabschluss

Jahr

Ohne Schulabschluss

Ausbildung

folgende Ausbildung:

Jahr

Ohne Ausbildung

Letzte Arbeitsstelle mit Zeitangabe

Vorletzte Arbeitsstelle mit
Zeitangabe

Bisher ohne Beschäftigung

Entbindung der Schweigepflicht

Ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit Suchterkrankung

Stadtmission Nürnberg e.V.

Martin-Treu-Str. 27

90403 Nürnberg

nachsorge@stadtmission-nuernberg.de

Tel.: 0911 37 65 630

Fax: 0911 37 65 63 26

Hiermit entbinde ich die Mitarbeitenden folgender Einrichtungen / Institutionen / Behörden gegenseitig von ihrer Schweigepflicht in Bezug auf die notwendigen Informationen für das Aufnahmeverfahren sowie die Kostenbeantragung

Mir wurde erklärt, dass die Abgabe dieser Schweigepflichtentbindung freiwillig ist und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. Mein Einverständnis kann ich auch beschränken.

Ansonsten ist die Entbindung der Schweigepflicht für die Dauer meiner Betreuung im AbW gültig und in der Zeit davor und danach für Angaben, die für die ordnungsgemäße Bearbeitung meines Aufenthaltes bzw. für eine qualifizierte Nachbetreuung nach Beendigung notwendig ist.

1. Meine derzeitige Therapieeinrichtung / Fachklinik / Beratungsstelle/ sonst.:

Ansprechperson

Adresse

Telefon / Fax/ E-Mail

2. Den/das zuständige/n Sozialhilfeträger / Jugendamt meines Hauptwohnsitzes vor Therapiebeginn

Ansprechperson

Adresse

Telefon / Fax/ E-Mail

3. Meinen derzeitigen Kostenträger (der Therapie): DRV, Krankenkasse oder Sozialhilfeträger

Ansprechperson

Adresse

Telefon /Fax/ E-Mail

4. Meine/n derzeitige/n gesetzliche/n Betreuer/in

Adresse

Telefon/Handy

E-Mail

Datum

Unterschrift