

## 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

Suchtdiagnosen mit ICD Code

Psychische Erkrankungen

Körperliche Erkrankungen

Aktuelle Medikation

Essstörung

Erwerbsminderung

Schwerbehindertenausweis

Hafterfahrtung

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](mailto: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