

# Fragebogen zur Bewerbung im Therapiezentrum Brückle

Vor- und Nachname:.....Geb.Datum:.....

Anschrift:.....

Email:.....

Tel.:..... Staatsangehörigkeit:.....

Familienstand:.....feste(r) Partner(in):  nein  ja, seit:.....

Kinder (Vornamen und Alter angeben):.....

zuletzt gewohnt in:  eigener Wohnung  bei Eltern  mit Partner(in)  sonstiges

abgeschlossene Schulbildung:.....Beruf:.....

im Beruf tätig(von/bis):.....

sonstige Arbeitsverhältnisse: .....

zur Zeit:  berufstätig  krankgeschrieben  arbeitslos seit.....zuletzt berufstätig:.....

Frühere stat. Therapieversuche:  nein  ja, wieviele.....wie beendet:.....

letzte Therapie: wann:.....wo:.....Dauer:.....

Ambulante Therapie: wo:.....wie lange:.....

Cleanzeiten außerhalb von Institutionen .....

Drogenkonsum seit:.....Hauptdrogen:.....

Substituiert?.....evtl. Dauermedikamente:.....

Zur Zeit in Haft:  nein  ja, seit:.....wegen:.....

Frühere Haftzeiten:  nein  ja, wann/wegen bitte vollständige Aufstellung.....

Verurteilungen/Anzahl/wegen bitte vollständige Aufstellung.....

Name der Drogenberatung/Berater/in.....

Anschrift:.....Telefon:.....

Ich erteile hiermit mein Einverständnis für die Mitarbeiter des TZ Brückle zur Rücksprache mit meinem/r Drogenberater/in.

Unterschrift:

bitte wenden

- **Welche Ziele wollen Sie durch die Behandlung erreichen?**

- **Was können Sie dazu tun, um Ihre Ziele zu erreichen?**

- **Wo brauchen Sie unsere Hilfe und Unterstützung?**

- **Welche Pläne haben Sie für Ihre Zukunft?**