



Sehr geehrter Bewerber,

mit dem folgenden Fragebogen möchten wir Ihnen die Möglichkeit geben, Ihre Therapie bei uns bereits im Vorfeld aktiv mitzugestalten.

Ihre Angaben zu den einzelnen Fragen helfen uns dabei, Ihren Aufenthalt bei uns, sowie die Planung der Therapie, Ihren individuellen Belastungen und Bedürfnissen anzupassen.

Zudem können Sie sich selbst anhand der Fragen bereits einen Überblick über wichtige Themen verschaffen, die Sie im Rahmen der Therapie gerne behandeln möchten.

Wir wünschen Ihnen weiterhin eine gute Vorbereitung auf Ihre Entwöhnungsbehandlung und freuen uns über zeitnahe Rücksendung des Fragebogens an die Adresse:

Therapiezentrum Brückle
Alter Brückleweg 12
79426 Buggingen



Mit freundlichen Grüßen

Ihr Brückle-Team

(gez. stellvertretend für das gesamte Behandlungsteam)

Mathias Hardt
Therapeutischer Gesamtleiter

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in Stichworten und -sätzen.

1) Was möchte ich derzeit in meinem Leben verändern?

2) Wie kann mir die Entwöhnungsbehandlung dabei helfen?

3) a) Was sind meine konkreten Ziele für die Therapie?

3) b) Und woran würde ich nach der Therapie merken, dass ich meine Therapieziele erreicht habe?

4) Wie gehe ich bisher mit belastenden Situationen und unangenehmen Erfahrungen in meinem Leben um?

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in Stichworten und -sätzen.

5) Welche Herausforderungen und Schwierigkeiten kommen in einem abstinenten Leben auf mich zu?

6) a) Wer oder was ist mir in meinem Leben besonders wichtig?

6 b) Und was tue ich dafür?

7) Welche Pläne habe ich für mein abstinentes Leben nach der Therapie?

8) Wie zuversichtlich bin ich, dass ich meine Pläne für ein abstinentes Leben verwirklichen kann?

**Fragen zu Ihren Ressourcen und Kompetenzen:
BALANCE in meinem Leben**

Bitte markieren Sie die Antworten zu den folgenden Fragen durch Ankreuzen. Wählen Sie dabei diejenige Antwort, die für Sie am ehesten zutrifft.	0	1	2	3	4	5
	nicht ausreichend	noch keine klare Aussage möglich	kaum	überwiegend	ziemlich	besonders
<i>Wie gut gelingt es mir, mich auf eine kooperative Zusammenarbeit mit meinen Behandlern und meinem/r Drogenberater/in einzulassen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Wie klar ist mir bereits, an welchen Themen ich während meiner Behandlung im Therapiezentrum Brücke arbeiten möchte?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Wie eindeutig und konkret kann ich meine Therapieziele bereits benennen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Wie gut gelingt es mir, mich auch unangenehmen Erfahrungen und Herausforderungen in meinem Leben zu stellen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Wie achtsam Sorge ich für meine tägliche Rückfallvorbeugung?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Wie gut kann ich mich auf eine gemeinsame Planung der stationären und weiterführenden Behandlung mit der Drogenberatung und dem Therapiezentrum Brücke einlassen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Wie gut ist meine Kompetenz zur selbständigen legalen und abstinenten Alltagsbewältigung?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere relevante Angaben für Ihre Bewerbung

Vor- und Nachname:..... Geb.datum:.....

Anschrift:.....

Email:.....

Tel.:..... Mobil:..... Staatsangehörigkeit:.....

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

Kinder (Namen 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

Zur Zeit abstinent: nein ja, seit:.....

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

Substituiert psychiatrische Erkrankungen

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:

Sehr geehrter Bewerber,

Sie wollen sich um einen Therapieplatz im Therapiezentrum Brückle bewerben. Für die Klärung formaler Voraussetzungen unterstützen Sie die Mitarbeiter einer Drogenberatungsstelle oder eines Sozialen Dienstes. Teilen Sie uns bitte Namen und Anschrift der Beratungsstelle mit.

Die Aufnahmeterminplanung werden wir mit Ihrem Berater, bzw. Ihrer Beraterin abstimmen. Alle wesentlichen Absprachen wie z.B. den Aufnahmetermin, Abholung, etc. werden wir Ihnen schriftlich bestätigen. Wir sind bemüht, die Wartezeit so kurz wie möglich zu halten. Bitte teilen Sie uns umgehend mit, wenn von Ihrer Seite der Aufnahmetermin nicht eingehalten werden kann. Nach Rücksprache mit Ihrer/m Berater/in kann der Aufnahmetermin entsprechend verschoben werden.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie zu den Bürozeiten unsere Verwaltung telefonisch oder mit Fax erreichen (Mo. – Do. 8.30 - 12.00 und 13.30 - 15.30, Fr. 8.30 - 12.00).

Für Ihre Bewerbung benötigen wir den ausgefüllten "Fragebogen zur Bewerbung". Sie können den Fragebogen und weitere Informationen bei uns anfordern oder unter <http://www.therapiezentrum-brueckle.de/download.html> ausdrucken.

Zur Aufnahme müssen folgende Unterlagen vorliegen:

- eine auf das Therapiezentrum Brückle ausgestellte gültige **Kostenzusage**
- ein gültiger Krankenversicherungsschutz mit **Krankenkassenkarte**.
Bei einer Kostenzusage über die Krankenkasse müssen wir eine Zuzahlung für die stationäre Behandlung in Rechnung stellen. Diese beträgt 10 € täglich, begrenzt auf 28 Tage. Durch einen Antrag „Befreiung der Zuzahlungen“ bei Ihrer Krankenkasse können die Zuzahlungen verringert werden. Dazu benötigen Sie von Ihrem Hausarzt das Formular 55 „**Bescheinigung** einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung“, das Sie bitte vom Hausarzt ausgefüllt, zu ihrer Aufnahme mitbringen.
- Eine Bescheinigung über eine erfolgte Zahnsanierung ist nicht erforderlich. Sollten Sie jedoch die Möglichkeit haben, ist es sinnvoll die Zahnsanierung vorher abzuschließen.
- Wenn Sie regelmäßig **Medikamente** vom Arzt verordnet einnehmen und / oder weitere Grunderkrankungen bestehen, informieren Sie uns vor der Aufnahme und bringen Sie bitte die Vorbefunde des behandelnden Arztes mit. Mitgebrachte, nicht verordnete Medikamentenpackungen werden eingezogen.
- Falls vorhanden, bitte den **Impfausweis** mitbringen.
- eine Kostenzusage für die **Therapieebenkosten** (Taschengeld, ALG II u. a.), bzw. ein Antrag auf Übergangsgeld. In Einzelfällen können auch Angehörige diese Verpflichtung übernehmen.
- Bewerber, die nicht die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen, müssen für die gesamte Dauer der Behandlungszeit eine Aufenthaltsgenehmigung haben.

- Sie sollten zur Aufnahme einen **Barbetrag** (min. 120,- €) für Ihre persönlichen Ausgaben während der ersten Wochen mitbringen. Sie können diesen Betrag auch vorher auf unser Konto überweisen (Therapiezentrum Brückle, Sparkasse Markgräflerland, IBAN: DE41 6835 1865 0008 029696).

Beim Packen denken Sie bitte an folgendes:

- **MP 3-Player mit Kopfhörer**
- **Wecker** (keine Radiowecker, da Lautsprecher nicht zulässig)
- **Arbeitskleidung und –schuhe für Werkstatt und Sportbekleidung** (Stahlkappenschuhe für handwerkliche Tätigkeiten, Laufschuhe, Badehose, Saunahandtücher, kleine Handtücher für Fitnesstraining und Badeschlappen) mitbringen.
- Bringen Sie bitte folgende **Dokumente für die Sozial- und Schuldnerberatung** mit: Zeugnisse von Schul- und Ausbildungsabschlüssen (Kopien), Sozialversicherungsnachweise, Hausarztbescheinigung über die chronische Erkrankung, Arbeitsamtsunterlagen, Gerichtsunterlagen, Unterlagen über evtl. bestehende Schulden, vorhandene Lohnsteuerkarten, Dokumente zu evtl. Unterhaltszahlungen.
- Falls Sie ein Handy oder Laptop dabei haben, geben Sie dies bei der Aufnahme bitte beim zuständigen Mitarbeiter ab. Die Benutzung ist ab der Ausgangsphase gestattet.

Folgendes dürfen Sie nicht mitbringen:

- Lebensmittel, offene Packungen Tabak / Zigaretten
- Radio, Fernseher und elektrisch verstärkte Musikinstrumente mit Boxen

Mitgebrachte Artikel werden sorgfältig von uns geprüft. Ist eine Prüfung nicht möglich, werden diese Artikel für Sie bis zum Behandlungsende verwahrt.

Zur Aufnahme müssen Sie abstinent sein und regulär entzogen kommen. Wir holen Sie aus dem stationären Entzug oder aus der Haft ab, falls wir dies vorher mit Ihnen vereinbart haben. Eine Begleitung durch Angehörige ist möglich, wenn Sie dies vorher mit uns abklären. Sollten Sie die vereinbarte Uhrzeit zur Aufnahme nicht einhalten können, benötigen wir rechtzeitig eine telefonische Information. Für Bewerber, die ohne stationären Entzug oder aus der Haft kommen gilt, dass die Urin- und Alkoholkontrolle (mit Langzeitnachweis) auf alle Substanzen (auch THC) negativ sein muss. Bei positiven Befunden ist eine Aufnahme nicht möglich.

THERAPIEZENTRUM BRÜCKLE

ALTER BRÜCKLEWEG 12 - 79426 BUGGINGEN – TEL.: 07631/93626-0 - FAX: 07631/93626-10

verwaltung@therapiezentrum-brueckle.de

www.therapiezentrum-brueckle.de