

Aufnahmefragebogen

Neues Land e.V.
Steintorfeldstr. 11
30161 Hannover
Tel.: 0511/336117-30
Fax: 0511/336117-52
E-Mail: drobs@neuesland.de






Bitte füllen Sie den Fragebogen ausführlich – leserlich (in Druckschrift) – aus.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt!

1. Allgemeine Angaben zu Ihrer Person

Familienname: _____	Vorname: _____
Geburtsname: _____	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum: _____	Geburtsort: _____
Staatsangehörigkeit: _____	Aufenthaltsstatus: _____
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> sonstiges _____	
Kinder: _____	_____
Anzahl Alter der Kinder	wie viele Kinder im Haushalt lebend?

Erreichbarkeit:

 _____ Telefon (mit Vorwahl)	 _____ Handy
 _____ Email	

Wohnverhältnisse:

<input type="checkbox"/> wohnhaft in	_____
	Straße

	Postleitzahl Ort
<input type="checkbox"/> postalische Adresse	_____
	Straße

	Postleitzahl Ort
<input type="checkbox"/> ohne festen Wohnsitz	

Einkommen: Lohn Bürgergeld Rente Krankengeld ALG I sonstiges _____

Rentenversicherungsnummer: _____

Krankenkasse: _____

Krankenversicherungsnummer: _____

Stehen Sie unter Bewährung: nein ja Zeitraum: von _____ bis _____

Bewährungshelfer*in Straße

Telefonnummer Postleitzahl Ort

Haben Sie eine Therapieauflage? nein ja

Haben Sie offene Haftstrafen, für die Sie § 35 BtMG beantragen können? nein ja

Haben Sie noch laufende Strafverfahren? nein ja, und zwar _____

Hatten Sie Gefängnisaufenthalte: nein ja

Zeitraum und Dauer: _____

Haben Sie eine/n Betreuer*in? Ja nein

Wenn ja _____

Name Betreuer*in Telefonnummer Aufgabenbereich

Kontakt zu einer (Drogen-) Beratungsstelle: nein ja

Ansprechpartner*in Telefonnummer Fax

Straße Postleitzahl Ort

Wurde bereits ein Kostenantrag für die Therapie gestellt? nein ja, wann _____

Falls bereits bewilligt, wann: _____

Wie haben Sie Kontakt zum Neuen Land bekommen? _____

2. Persönliche Angaben

Was hat Ihr Leben besonders geprägt?

Beschreiben Sie bitte kurz die Beziehung zu Ihren Eltern, Geschwistern, wichtigen Bezugspersonen:

3. Angaben zu Ihrem Konsumverhalten

Was hat Sie erstmalig zum Drogenkonsum motiviert?

Wie hat sich Ihr Konsumverhalten entwickelt?

	Alter (Beginn)	Dauer	aktuelle Menge
<input type="checkbox"/> Alkohol	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Tabak	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cannabis / THC	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Kokain	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Heroin	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Schlaf- / Schmerzmittel (welche?):	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> andere Substanzen (welche?):	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Substitut (welches?):	_____	_____	_____

Andere Abhängigkeiten:

Spielsucht Sexsucht Essstörungen andere: _____

Anmerkungen: _____

exzessiver Medienkonsum, bei „Ja“ bitte Seite 5 ausfüllen!

Medienart: _____

Chronische Krankheiten: nein ja

Waren Sie schon mal in psychiatrischer Behandlung? nein ja Zeitraum: _____

Name der **letzten** Einrichtung: _____

Grund: _____

Psychische Auffälligkeiten: _____

Bestehende Diagnose: _____

Aktuelle Medikation: _____

4. Angaben zu Ihrer Therapiemotivation

Welche Therapien haben Sie schon einmal angefangen und / oder abgeschlossen? Wann war das?

Zeitraum	Klinik und Ort	Behandlungsgrund	reguläre Entlassung oder Abbruch

Welche Funktion hat der Drogen- / Medienkonsum in Ihrem Leben?

Wie hat der Drogen- / Medienkonsum Ihre Persönlichkeit verändert?

Wer oder was motiviert Sie für die geplante Therapie?

Warum haben Sie sich für eine christliche Therapie im „Neuen Land“ entschieden?

Was müssten Sie in Ihrem Leben / an sich selbst verändern, damit Sie dauerhaft clean leben können?

Zustimmung zum Gebrauch und der Weiterverarbeitung der genannten Daten!

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Vielen Dank für die Offenheit Ihrer Angaben. Wir hoffen, Ihnen schnell weiterhelfen zu können.

Und noch etwas: Wenn es Ihnen möglich ist, würden wir uns über ein Foto von Ihnen freuen!

Zusatz für medienabhängige Personen

Neues Land e.V.
Steintorfeldstr. 11, 30161 Hannover
Tel.: 0511/336117-30
Fax: 0511/336117-52
E-Mail: drobs@neuesland.de



Bitte füllen Sie den Fragebogen ausführlich – leserlich (in Druckschrift) – aus.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt!

5. Angaben zu Ihrem Medienkonsum

Was hat Sie erstmalig motiviert Medien zu konsumieren? _____

Wie alt waren Sie damals? _____

Wie hat sich Ihr Konsumverhalten entwickelt? (Welche Medien/ Inhalte, ab welchem Alter, wie häufig...)

Welche Medien konsumieren Sie zurzeit in welcher Menge? _____

Was glauben Sie, welche Funktion der Medienkonsum in Ihrem Leben hat? _____

Wie hat der Medienkonsum Ihre Persönlichkeit verändert? _____

Was müssten Sie Ihrer Meinung nach in Ihrem Leben, an Ihrer Person selbst verändern, damit Sie gesund mit Medien umgehen können? Wie stellen Sie sich einen gesunden Umgang mit Medien vor?
