

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 Kosteantrag 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

Medienart: _____

Wie hat sich Ihr Konsumverhalten entwickelt? (Welche Medien / Inhalte, Alter, Häufigkeit)

Chronische Krankheiten: nein ja (freiwillige Angaben)

Hepatitis C HIV pos. / AIDS sonstige: _____

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!