

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



## Aufnahmefragebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen ehrlich und ausführlich aus. Das hilft uns, zu entscheiden, ob wir Ihnen mit unseren Angeboten helfen können.  
Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt!

### 1. Allgemeine Angaben zu Ihrer Person

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsname: \_\_\_\_\_  weiblich  männlich  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_  
Aufenthaltsstatus (z.B. Duldung für 3 Monate...) \_\_\_\_\_

Wie ist Ihre Adresse? \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Sind Sie dort **angemeldet**?  ja  nein  
Wenn nein, wo sind Sie angemeldet?  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Sind Sie zurzeit in einer Einrichtung (z.B. Klinik, ...)? Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Wie sind Sie erreichbar? \_\_\_\_\_  
Telefon (mit Vorwahl) \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Haben Sie Kinder? \_\_\_\_\_  
Anzahl \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_ wie viele im Haushalt lebend \_\_\_\_\_

Ihre Rentenversicherungsnummer? \_\_\_\_\_

Ihre Krankenkasse? \_\_\_\_\_

**Bitte wenden!**

Welches Einkommen beziehen Sie (z.B. Lohn, Alg 1, Alg 2, Krankengeld)? \_\_\_\_\_

Falls Sie unter Bewährung stehen, geben Sie bitte hier die Angaben der Bewährungshilfe an.

\_\_\_\_\_  
Bewährungshelfer/in

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

Haben Sie eine Therapieauflage? \_\_\_\_\_

Haben Sie offene Haftstrafen, für die Sie § 35 BtmG beantragen können? \_\_\_\_\_

Haben Sie noch laufende Strafverfahren?  nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Zu welcher (Drogen-) Beratungsstelle haben Sie Kontakt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

Wurde bereits ein Kostenantrag für die Therapie gestellt?  nein  ja

Durch wen haben Sie Kontakt zum Neuen Land bekommen? \_\_\_\_\_

## **2. Angaben zu Ihrem Lebenslauf**

Welche Schule/n haben Sie besucht? \_\_\_\_\_

Was ist Ihr höchster Schulabschluss? \_\_\_\_\_

Welche Ausbildung/en haben Sie gemacht? \_\_\_\_\_

Mit welchen Ausbildungsabschlüssen? \_\_\_\_\_

Wie viele Jahre haben Sie ungefähr steuerpflichtig in Ihrem Leben gearbeitet? \_\_\_\_\_

Wann haben Sie zuletzt steuerpflichtig gearbeitet? \_\_\_\_\_

Hatten Sie Gefängnisaufenthalte? Wenn ja, wann und wie lange?

\_\_\_\_\_  
Hatten Sie Heimaufenthalte? Wenn ja, wann und wie lange?

\_\_\_\_\_  
Hatten Sie sich in irgendeiner Form an okkulten Praktiken (Karten legen, Magie, Gläserücken, ...) beteiligt? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Was hat Ihr Leben besonders geprägt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Welche besonderen Gruppenzugehörigkeiten (z.B. Musikgruppen, Punk, autonome Szene, Sekten, Skins, Religionen, Kirchen, ...) haben Sie beeinflusst? \_\_\_\_\_

Welche Vorbilder hatten oder haben Sie? \_\_\_\_\_

---

---

Beschreiben Sie bitte kurz, wie die Beziehung zu Ihren Eltern, Geschwistern und sonstigen wichtigen Bezugspersonen waren und sind.

---

---

---

### **3. Angaben zu Ihrem Drogenkonsum**

Was hat Sie erstmalig motiviert, Drogen zu konsumieren? \_\_\_\_\_

---

---

Wie alt waren Sie damals? \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

Welche Drogen konsumieren Sie zurzeit und in welcher Menge?

---

---

Gibt es noch andere Süchte (z.B. Essstörungen, Spiel-, Sexsucht) in Ihrem Leben? Wenn ja, welche?

---

---

Was glauben Sie, welche Funktion der Drogenkonsum in Ihrem Leben hat? Was geben die Drogen Ihnen?

---

---

Wie hat der Drogenkonsum Ihre Persönlichkeit verändert? \_\_\_\_\_

Haben Sie chronische Krankheiten wie z.B. Hep.C oder HIV? Welche? \_\_\_\_\_

Waren Sie schon mal in psychiatrischer Behandlung? \_\_\_\_\_

#### **4. Angaben zu Ihrer Therapiemotivation**

**Welche** Therapien haben Sie schon einmal angefangen oder abgeschlossen und **wann** war das?

---

---

---

Wer oder was motiviert Sie für die geplante Therapie?

---

---

---

Warum haben Sie sich für eine christliche Therapie entschieden?

---

---

---

Was erwarten Sie von der Therapie im Neuen Land?

---

---

---

Was müssten Sie Ihrer Meinung nach in ihrem Leben und an ihrer Person verändern, damit Sie dauerhaft clean leben können?

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Angaben. Hoffentlich können wir Ihnen weiterhelfen!

#### **Und noch etwas:**

Wenn es Ihnen möglich ist, würden wir uns über ein Foto von Ihnen freuen!

**Zusatz für medienabhängige Personen:**

**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 und in welcher Menge?

---

---

Was glauben Sie, welche Funktion der Medienkonsum in Ihrem Leben hat? Was geben die Medien Ihnen?

---

---

---

Wie hat der Medienkonsum Ihre Persönlichkeit verändert? \_\_\_\_\_

---

---

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

---

---

---

---