


**Aufnahmebogen für die persönliche Aufnahme bei der  
Caritas Fachambulanz für junge Suchtkranke am: \_\_\_\_\_**

Herzlich Willkommen. Damit wir Sie von Anfang an optimal beraten können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Bitte füllen Sie die Anmeldeunterlagen vollständig aus. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Ihr Team der Fachambulanz für junge Suchtkranke.

**Personalien:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  weiblich  männlich  divers

 | \_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ \_ Mobil: | \_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ \_

E-Mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit:  DE \_\_\_\_\_ Geburtsland:  DE \_\_\_\_\_

Geburtsland der Eltern:  DE \_\_\_\_\_ Geburtsland der Großeltern:  DE \_\_\_\_\_

**Hier wegen:**

Beratung  ambulante Therapie → abstinenter seit: \_\_\_\_\_ /  derzeit noch nicht abstinenter  CANDIS

**Schwerpunkt der Problematik:**

Glücksspiel  Medienkonsum  Substanzkonsum  Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Wohnsituation:**

Eigene-/Miet-Wohnung  Eltern  Familie (z.B. Geschwister, Großeltern)

Freunde / Bekannte  Betreutes Wohnen, Wohnheim  Sonstiges \_\_\_\_\_

**Arbeitssituation/Schulbildung:**

derzeit in Schulbildung  Nein  Ja höchster Schulabschluss \_\_\_\_\_

höchster Bildungsabschluss: \_\_\_\_\_ derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

**Lebensunterhalt:**

Lohn/Selbstständig  ALG I  ALG II  Sozialhilfe  SchülerIn/StudentIn  Sonstiges: \_\_\_\_\_

BITTE WENDEN →

**Konsum:**

Bereits suchtbezogene Hilfe in Anspruch genommen:  Nein  Ja

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_, wann: \_\_\_\_\_

Konsumierte Substanzen/Spielformen:	Alter bei Erstkonsum:	Konsumhäufigkeit:
_____ →	_____ →	_____/30 Tage
_____ →	_____ →	_____/30 Tage
_____ →	_____ →	_____/30 Tage
_____ →	_____ →	_____/30 Tage

Weitere konsumbezogene Informationen: \_\_\_\_\_

Ist die Familie über die Problematik informiert?  Nein  Ja  \_\_\_\_\_

**Verfügbare Zeiten:**

- Mo: \_\_\_\_\_
- Di: \_\_\_\_\_
- Mi: \_\_\_\_\_
- Do: \_\_\_\_\_
- Fr: \_\_\_\_\_

**Sonstige Anmerkungen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich mich, sämtliche Inhalte dieser, als auch jeder folgenden Gruppe vertraulich zu behandeln und nicht nach außen zu tragen oder an Dritte weiterzugeben. Außerdem ist mir bekannt, dass für jede Ersatzbestätigung 5€ verlangt werden können. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mich die Mitarbeiter\*innen der Fachambulanz mit meinem vollen Namen ansprechen dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift

**Ausfüllen von BeraterIn:**

BeraterIn:

- Br  Dit  Eg  Eng  Ge  Har  He  Kas  Pou  Sui  Toe  Prk  \_\_\_\_\_

Beratungsinhalt des Erstgesprächs:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Weitere Vereinbarungen: \_\_\_\_\_

- Informationen bezüglich des weiteren Vorgehens  Vivendi \_\_\_\_\_