
Bewerbung für eine Aufnahme in der Fachklinik Release – Adaption Hamm
Beurteilungsbogen (Fachpersonal)

Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____

Aufnahmedatum in Ihrer Klinik: _____._____._____

Geplantes Entlassungsdatum: _____._____._____

Ansprechpartner (Bezugstherapeut): _____ Telefon: _____

E-Mail: _____

Kostenträger: _____

Teil I: Fachbereich Medizin

Vorliegende Suchterkrankung: _____

Gibt es neben der Suchterkrankung weitere sozialmedizinisch relevante Diagnosen (ICD 10)?
Körperliche Erkrankungen:

Psychische Erkrankungen:

Erhält der/die Patient/-in eine aktuelle Medikation?

Wenn ja, bitte Medikamente und verordnete Dosierung auflisten:

Sind Operationen, die die Adaptionenbehandlung länger als zwei Wochen unterbrechen würden, geplant? ja nein

Hinweis: Bei länger andauernden Unterbrechungen muss die Behandlung i.d.R. beendet werden.

Wenn ja, teilen Sie uns bitte Art der Operation und Dauer der Unterbrechung mit:

Teil II: Fachbereich Bezugstherapie /Sozialarbeit

Sind die formalen Rahmenbedingungen für den Antritt einer Adaptionenmaßnahme geklärt?

1. Gültige Ausweisdokumente sind vorhanden ja nein
2. Es besteht ein Krankenversicherungsschutz ja nein

Bestehen laufende oder offene Strafverfahren gegen den/die Patient/-in? ja nein

Besteht eine Bewährungsstrafe/Führungsaufsicht? ja nein

Besteht bei dem/der Patient/-in ein laufendes Rentenverfahren? ja nein

Wurde gemeinsam mit dem/der Patient/-in und dem behandelnden Arzt, Bezugstherapeut, Sozialarbeiter oder anderen Mitarbeitern in der Fachklinik über eine berufliche Planung gesprochen? ja nein

Hat während der Behandlung in der Fachklinik eine Beratung durch die Agentur für Arbeit stattgefunden?

ja nein

Wenn ja, teilen Sie uns bitte das Ergebnis mit:

Bewerber ohne deutsche Staatsbürgerschaft:

Der Aufenthaltsstatus ist geklärt.

ja nein

Sind bei Patienten/-innen mit Migrationshintergrund ausreichende Deutschkenntnisse vorhanden, um am therapeutischen Wochenprogramm teilnehmen zu können?

ja nein