

## Bewerbungsformular

### Persönliche Daten

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Telefon:		Email:	
Letzte Meldeadresse:			
Therapieeinrichtung mit Ansprechpartner:			
Vorstl. Entlassdatum:		Betreuungsform:	WG / eigene Wohnung

### Sucht und Problemfelder

<u>Substanz</u>	<u>Erstkonsum</u>	<u>Funktion/Wirkung</u>	<u>Auslöser</u>
<u>Rückfallrisiko und Risikofaktoren:</u>			
<u>Ergänzende Probleme/Beschwerden/Symptome:</u>			

### **Straffälligkeit**

Straffälligkeit: Ja / Nein	Wenn Ja, Delikt:
Haftstrafe/Bewährung:	

### **Schulden**

Schulden: Ja/Nein	Höhe:
Geregelt/in Bearbeitung:	

### **Therapieerfahrung**

<u>Welche Themen habe ich in der Therapie vorrangig bearbeitet?</u>
<u>Welche Punkte muss ich in Zukunft weiter bearbeiten?</u>
<u>Auf was muss ich nach meiner Entlassung besonders achten?</u>

### **Ziele**

<u>Warum möchte ich das ABW in Dresden nutzen?</u>
--

Wie möchte ich mein abstinentes Leben gestalten?

Welche Ziele möchte ich in meiner Zeit beim ABW Dresden erreichen?

Welche Unterstützung brauche ich dabei vom ABW Dresden?

**Schweigepflichtsentbindung**

Hiermit entbinde ich die aktuell betreuende Einrichtung:

.....  
von der Schweigepflicht gegenüber dem ABW Dresden zum Zwecke des schnellen Informations- und Bearbeitungsaustausches vor Betreuungsaufnahme. Die Unterzeichnung erfolgt freiwillig!

Datum

Unterschrift

Wir bitten Sie die obenliegenden Felder bitte wahrheitsgetreu und leserlich auszufüllen.  
Das Dokument können Sie dann an folgende Adresse senden:

Ambulant betreutes Wohnen  
Burgkstraße 28  
01159 Dresden  
Mail: [milde@suchtzentrum.de](mailto:milde@suchtzentrum.de)  
Tel: 0351/42763410  
Fax: 0351/42763412