

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Einrichtung!

Wir bitten Sie, die nachstehenden Fragen so genau wie möglich auszufüllen und den Fragebogen per Post an uns zurück zu schicken.

Selbstverständlich werden alle Daten vertraulich behandelt und an keine anderen Institutionen oder Behörden weitergegeben! Ihre Angaben helfen uns, Sie vorweg ein wenig kennen zu lernen.

Ihre persönlichen Daten:

Vorname

Nachname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefonnummer

Email-Adresse

Versicherungsnummer

Geburtsdatum

Besteht aktuell ein aufrechter Versicherungsschutz? Ja Nein

Falls nicht, muss das Erstgespräch selbst bezahlt werden.

Staatsbürgerschaft

Bei Nichtösterreichern

Aufenthaltstitel (Dauer und Gültigkeit)

Asylstatus (Drittstaatsangehörigkeit)

Mit welcher Suchtberatungsstelle stehen Sie in Kontakt?

Haben Sie offene Gerichtsverfahren? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Gibt es offene Geld- oder Haftstrafen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Gibt es eine gerichtliche/behördliche Weisung zu einer stationären Therapie? Ja Nein

Wenn ja, welche?

1. Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wie nehmen Sie Nikotin zu sich?

Zigarette

E-Zigarette

Snus

Schnupftabak

Wann war Ihre erste Zigarette? _____

Seit wann rauchen Sie regelmäßig? _____

Wieviel rauchen Sie pro Tag? _____

2. Wann war Ihr erster Alkoholrausch? _____

An wie vielen Tagen pro Woche trinken Sie? _____

Trinken Sie alleine?

Ja

Nein

3. Welche Substanzen nehmen Sie ein?

Substanz	Leitdroge	Begleitdroge	Alter bei Erstkonsum	Wann war der letzte Konsum?
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Methadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Buprenorphin z.B. Bupensan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Morphin in Retardform z. B. Substitol, Compensan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anderes Opioid: [Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kokain [Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Amphetamine z. B. Speed, Crystal Meth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
MDMA z. B. Ecstasy oder Derivate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anderer Stimulantien [Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Benzodiazepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
LSD, Pilze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Schnüffelstoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anderer Drogen z.B. Ketamin: [Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
[Redacted]				
[Redacted]				

4. Sind oder waren Sie im Substitutionsprogramm? Ja Nein
Wann zuletzt? _____
Haben Sie derzeit einen Beikonsum? Ja Nein
5. Konsumieren oder konsumierten Sie intravenös? Ja Nein
Wann zuletzt? _____
6. Hatten Sie je eine Überdosis? Ja Nein
Wenn ja, wieviele? _____
7. Besteht aktuell eine Verhaltensproblematik
z.B. mit Glücksspiel, Gaming, Internet/Soziale
Medien, Kaufen, Sport, Pornografie? Ja Nein
Bestand jemals eine oben genannte Verhaltensproblematik? Ja Nein
8. Haben oder hatten Sie eine Essstörung (Bulimie,
Anorexie, binge eating)? Ja Nein
Wenn ja, wann? _____
9. Waren Sie in stationärer Therapie? Ja Nein
Wenn ja, wann? _____
In welcher Einrichtung? _____
10. Sind Sie auf etwas allergisch? Ja Nein
Wenn ja, auf was? _____
11. Gab es bei Ihrer Schwangerschaft/Geburt Probleme? Ja Nein
12. Welche körperlichen Krankheiten, Operationen hatten Sie und wann?
Gab es diesbezüglich stationäre Krankenhausaufenthalte?

13. Wurde bei Ihnen, abgesehen von Ihrer Suchtproblematik, eine psychische Erkrankung festgestellt?

14. Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine psychotische Erkrankung (Psychose) festgestellt? Ja Nein

Wenn ja, wurde festgestellt, dass diese durch den Konsum von Suchtmittel verursacht wurde? Ja Nein

15. Wurde bei Ihnen eine neurologische Erkrankung festgestellt? Ja Nein

16. Welche stationären Krankenhausaufenthalte gab es aufgrund der in Frage 13, 14 und 15 angeführten Erkrankungen?

17. Liegen zahnmedizinische Probleme vor? Ja Nein

18. Waren Sie jemals bewusstlos? Ja Nein

19. Hatten Sie einen epileptischen Anfall? Ja Nein

20. Haben Sie jemals versucht sich das Leben zu nehmen? Ja Nein

Wenn ja, wann?

21. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit (Name Medikament, Dosierung)?

22. Haben Sie zu anderen stationären Einrichtungen auch Kontakt aufgenommen? Ja Nein

23. Bitte beschreiben Sie in den folgenden Zeilen, was Sie motiviert, eine Therapie in unserer Einrichtung zu machen.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift