

Ich bevorzuge eine Aufnahme im:

- 01 Heimathof Ruhr Castrop-Rauxel
02 Heimathof Ruhr Gelsenkirchen
03 Heimathof Ruhr Hagen

1 Allgemeine Angaben zu Ihrer Person

Geben Sie bitte Ihren vollständigen Namen und gegebenenfalls auch Ihren Geburtsnamen an:

Name: _____ bitte eintragen

Vorname: _____ bitte eintragen

Geburtsname: _____ bitte eintragen

Geschlecht: 1 weiblich
2 männlich
3 divers

Alter: _____ Jahre (bitte eintragen)

Familienstand: 1 Ledig
2 eingetragene Lebenspartnerschaft
3 verheiratet, zusammenlebend
4 verheiratet, getrennt lebend
5 geschieden
6 verwitwet

EU-Bürger: 1 ja
2 nein

Wenn Sie keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzen: Welchen Status haben Sie?

- 1 Aufenthaltserlaubnis bis ____ ____ 20 ____ Datum (bitte eintragen)
2 Niederlassungserlaubnis (unbefristet)

Muttersprache: 1 Deutsch
2 Arabisch
3 Italienisch
4 Polnisch
5 Russisch
6 Türkisch
7 andere _____ bitte eintragen

Wo wohnen Sie jetzt?

- Unterkunft:**
- 1 in einer eigenen Wohnung
 - 2 in einer stationären Einrichtung
 - 3 bei Verwandten oder Bekannten
 - 4 in einer Notunterkunft / Notschlafstelle
 - 5 in einer Justizvollzugsanstalt
 - 6 auf der Straße
 - 7 andere: _____ bitte eintragen

Wo haben Sie davor gewohnt? (Bitte Straße und Ort angeben)

Haben Sie jemals einen eigenen Haushalt geführt?

- 1 ja
- 2 nein

Besitzen Sie gültige Ausweispapiere (Personalausweis etc.)?

- Ausweis:**
- 1 ja
 - 2 nein

Machen Sie bitte vollständige Angaben zu Ihrem letzten Aufenthalt vor stationärer Aufnahme**Bezeichnung (oder wenn bei Privatpersonen Name) der letzten Unterkunft**

Straße und Hausnummer Ihrer letzten Unterkunft

PLZ und Ort Ihrer letzten Unterkunft

Vorwahl und Telefonnummer Ihrer letzten Unterkunft

2 Partnerschaft, Kinder

- Partnerbeziehung:**
- 1 alleinstehend
 - 2 zeitweilige Beziehung(en) (länger als ein Monat)
 - 3 feste Beziehung (länger als ein halbes Jahr)

Wie viele eigene – leibliche – Kinder haben Sie?

_____ Anzahl Kinder (bitte eintragen)

3 Familiäre Vorgeschichte

Sind Sie bei Ihren leiblichen Eltern aufgewachsen?

- 1 ja
- 2 nein

4 Schule, Ausbildung, Arbeit

- Höchster erreichter Schulabschluss:**
- 1 kein Abschluss
 - 2 Sonderschulabschluss
 - 3 Hauptschul-/Volksschulabschluss
 - 4 Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss
 - 5 Abschluss der allgemeinbildenden polytechnischen Oberschule
 - 6 (Fach-)Abitur
 - 7 Hochschulabschluss (Universität, Fachhochschule etc.)

- Berufsausbildung:**
- 1 keine
 - 2 abgebrochen
 - 3 abgeschlossen (Lehre etc.)

wenn »abgebrochen« oder »abgeschlossen«:

Bezeichnung der Berufsausbildung: _____ bitte eintragen

Standen Sie jemals in einem regulären Arbeitsverhältnis (»Lohnsteuerkarte«)?

- 1 ja
- 2 nein

Wenn »ja« wie lange? _____ bitte eintragen:

Standen Sie in den zurückliegenden fünf Jahren in einem regulären Arbeitsverhältnis?

- 1 ja
- 2 nein

5 Einkommen, Vermögen, Schulden

Beziehen Sie gegenwärtig ein regelmäßiges Einkommen? Oder haben Sie vor dem Verbüßen einer Haftstrafe ein regelmäßiges Einkommen bezogen?

- Einkommen:**
- 1 kein regelmäßiges Einkommen
 - 2 Altersrente
 - 3 Arbeitsentgelt (Lohn, Gehalt)
 - 4 Arbeitslosengeld (»Arbeitslosengeld I«)
 - 5 Arbeitslosengeld II (»Hartz IV/Bürgergeld«)
 - 6 Erwerbsminderungsrente
 - 7 Grundsicherung
 - 8 anderes Einkommen: _____ (bitte eintragen)

Wie viele Schulden haben Sie gegenwärtig?

- Schulden:**
- 1 keine
 - 2 weniger als 1.000 EUR
 - 3 1.000 bis 5.000 EUR
 - 4 5.000 bis 10.000 EUR
 - 5 10.000 bis 20.000 EUR
 - 6 20.000 bis 30.000 EUR
 - 7 30.000 bis 40.000 EUR
 - 8 40.000 bis 50.000 EUR
 - 9 mehr als 50.000 EUR

Wenn Sie aus Haft entlassen werden:

Wie hoch wird Ihr Entlassungsgeld voraussichtlich sein?

bitte eintragen: _____ Euro

6 Krankenversicherung, Erkrankungen, Mobilität

- Krankenversicherung:**
- 1 gesetzlich (auch freiwillig)
 - 2 privat
 - 3 nicht versichert

Leiden Sie unter einer (chronischen) Infektionskrankheit? (Mehrfachantworten möglich)

- 1 Hepatitis B
- 2 Hepatitis C
- 3 HIV (AIDS)
- 4 Pest (*Yersinia pestis*)
- 5 Syphilis (Lues)
- 6 Tuberkulose
- 7 andere Infektionskrankheiten: _____ (bitte eintragen)
- 0 keine Infektionskrankheiten

Leiden Sie unter einer (chronischen) körperlichen Erkrankung? (Mehrfachantworten möglich)

- 01 Adipositas (»Übergewicht«)
- 02 Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD etc.)
- 03 Bösartige Neubildungen (»Krebs«)
- 04 Diabetes (»Zuckerkrankheit«)
- 05 Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse (Pankreatitis etc.)
- 06 Erkrankungen der Leber (Fettleber, Leberzirrhose etc.)
- 07 Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts (Gastritis etc.)
- 08 Erkrankungen des Nervensystems (Krampfanfälle, Polyneuropathie etc.)
- 09 Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Bluthochdruck etc.)
- 10 andere Erkrankungen: _____ (bitte eintragen)
- 00 keine chronischen Erkrankungen

Leiden Sie unter einer (chronischen) körperlichen Einschränkung? (Mehrfachantworten möglich)

- 01 Blindheit
- 02 Einschränkung der Mobilität (Gehbehinderung etc.)
- 03 Gehörlosigkeit
- 04 Kurzsichtigkeit
- 05 Schwerhörigkeit
- 06 Sexuelle Funktionsstörungen
- 07 Verlust des Geruchssinns
- 08 Weitsichtigkeit
- 09 andere Einschränkungen: _____ (bitte eintragen)
- 00 keine körperlichen Einschränkungen

Wenn Sie unter einer Gehbehinderung leiden: Sind Sie auf Hilfsmittel angewiesen?

- 01 Achselgehstütze
- 02 Gehbock / Gehgestell
- 03 Gehstock
- 04 Rollator
- 05 Rollstuhl
- 06 Unterarmgehstütze
- 07 Vierfußhilfe
- 08 andere Hilfsmittel: _____ (bitte eintragen)
- 00 ich bin nicht auf Hilfsmittel angewiesen

Können Sie ohne fremde Hilfe Treppen steigen?

- 1 ja
- 2 nein

Leiden Sie unter einer diagnostizierten seelischen Erkrankung? (Mehrfachantworten möglich)

- 01 Angststörung (Panikstörung, Phobie etc.)
- 02 Bipolare Störung (Hypomanie, Manie etc.)
- 03 Depression (Affektive Störung)
- 04 Essstörung (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa etc.)
- 05 Pathologisches Glücksspiel (»Glücksspielsucht«)
- 06 Persönlichkeitsstörung (Borderline etc.)
- 07 Psychose (Schizophrenie etc.)
- 08 Schlafstörung (Insomnie, Narkolepsie etc.)
- 09 Sexuelle Funktionsstörung (Erektionsstörungen etc.)
- 10 Somatoforme Störung (Hypochondrie etc.)
- 11 Zwangsstörung (Horten, Kontrollzwang etc.)
- 12 andere Erkrankungen: _____ (bitte eintragen)
- 00 keine seelischen Erkrankungen

Was macht Ihnen außerdem – im Hinblick auf Ihre Gesundheit – Sorgen? (Mehrfachantworten möglich)

- 01 Anspannung
- 02 Appetitlosigkeit
- 03 Erschöpfung
- 04 Gewichtsverlust
- 05 Konzentrationsstörungen
- 06 Müdigkeit
- 07 Reizbarkeit
- 08 schlechte Zähne (Karies, Parodontose etc.)
- 09 Schmerzen (Kopfschmerzen, Rückenschmerzen etc.)
- 10 Vergesslichkeit
- 11 Verstopfung (Obstipation)
- 12 andere Beschwerden: _____ (bitte eintragen)
- 00 keine Sorgen

Welche Medikamente müssen Sie regelmäßig einnehmen? (Mehrfachantworten möglich)

- Medikamente zur Behandlung von ...**
- 01 ADHS (Ritalin, Strattera etc.)
 - 02 Alkoholabhängigkeit (Antabus, Acamprosat, Nalmefen, Naltrexon etc.)
 - 03 Allergien, z. B. Heuschnupfen (Antihistaminika)
 - 04 Angst- oder Schlafstörungen (Benzodiazepine, z. B. Tavor) *
 - 05 chronischen Schmerzen (Ibuprofen, Fentanyl, Tramadol etc.)
 - 06 Depressionen (Amitriptylin, Carbamazepin, Citalopram, Mirtazapin etc.)
 - 07 Epilepsie, Multipler Sklerose, Neuropathie, Morbus Parkinson etc.
 - 08 Erkrankungen der Atemwege, z. B. Asthma, COPD
 - 09 Hauterkrankungen, z. B. Krätze, Neurodermitis, Schuppenflechte
 - 10 Heroinabhängigkeit (Buprenorphin, Levomethadon etc.)
 - 11 Herz-Kreislauf-Erkrankungen, z. B. Bluthochdruck (Beta-Blocker etc.)
 - 12 Magen-Darm-Erkrankungen, z. B. Magengeschwüren
 - 13 Psychosen (Clozapin, Haloperidol, Melperon, Risperidon etc.)
 - 14 Stoffwechselerkrankungen, z. B. Diabetes, Schilddrüsenüberfunktion
 - 15 anderen Erkrankungen: _____ (bitte eintragen)
 - 00 keine regelmäßige Einnahme von Medikamenten

7 Abhängigkeit | Konsum**Welche Substanzen haben Sie in den zurückliegenden zwölf Monaten konsumiert?**

- 1 Alkohol
- 2 Heroin (oder anderen Opioiden)
- 3 Amphetamine
- 4 Benzodiazepine
- 5 Cannabis
- 6 Kokain
- 7 anderen Substanzen _____ (bitte eintragen)

Welche Substanz bereitet Ihnen gegenwärtig die größten Sorgen? (keine Mehrfachantworten möglich)

- Der Konsum von:**
- 1 Alkohol
 - 2 Heroin (oder anderen Opioiden)
 - 3 Amphetamine
 - 4 Benzodiazepine
 - 5 Cannabis
 - 6 Kokain
 - 7 keine Substanzen

Waren Sie jemals länger als drei Monate abstinent (»beikonsumfrei«)?

- 1 ja
- 2 nein

Wenn ja: Wie lange (bitte in Monaten)?**Leiden Sie unter einer »Glücksspielsucht« (Spielautomaten, Sportwetten etc.)?**

- 1 ja
- 2 nein

Anzahl bisheriger Entzugsbehandlungen: _____ bitte eintragen

Alter bei erster Entzugsbehandlung: _____ bitte eintragen

letzte Entzugsbehandlung (Monat/Jahr)

bitte eintragen: _____ Monat | _____ Jahr

Wurden Sie jemals aus disziplinarischen Gründen vorzeitig aus einer Entzugsbehandlung entlassen?

- 1 ja
- 2 nein

Anzahl bisheriger Entwöhnungsbehandlungen
(»Langzeit«, »Reha«, »Therapie«): _____ bitte eintragen

Alter bei erster Entwöhnungsbehandlung: _____ bitte eintragen

letzte Entwöhnungsbehandlung im Jahr
zuletzt: _____ bitte eintragen

Wurden Sie jemals aus disziplinarischen Gründen vorzeitig aus einer Entwöhnungsbehandlung entlassen?

- 1 ja
- 2 nein

8 Abhängigkeit | Sozialtherapie

Anzahl stationärer Sozialtherapien: _____ bitte eintragen

Alter bei erster Sozialtherapie: _____ bitte eintragen

letzte Sozialtherapie zuletzt im Jahr: _____ bitte eintragen

Wurden Sie jemals aus disziplinarischen Gründen aus einer sozialtherapeutischen Einrichtung entlassen?

- 1 ja
- 2 nein

In welcher sozialtherapeutischen Einrichtung haben Sie zuletzt gewohnt?

- 1 Haus Bruderhilfe Essen
- 2 Heimathof Ruhr Castrop-Rauxel
- 3 Heimathof Ruhr Gelsenkirchen
- 4 Heimathof Ruhr Hagen
- 5 Sozialtherapeutische Wohngemeinschaft Duisburg
- 6 Therapeutische Wohngemeinschaft Mühlheim an der Ruhr
- 7 andere Einrichtung _____ bitte eintragen

Nehmen Sie gegenwärtig am Substitutionsprogramm teil?

- Substitution:**
- 1 ja
 - 2 nein

Wenn »ja«:

Welches Substitutionsmittel nehmen Sie gegenwärtig ein?

- 01 Diacetylmorphin
- 02 Dihydrocodein / Codein
- 03 L-Polamidon® etc. (Levomethadon)
- 04 Methaddict® etc. (Dextro-Levomethadon = Methadon = Razemat)
- 05 Substitol® (retardiertes Morphin)
- 06 Subutex® etc. (Buprenorphin)
- 07 Subuxone® (Buprenorphin mit zugesetztem Naloxon)
- 08 andere Substitutionsmittel: _____ bitte eintragen

9 Verurteilungen, Haftstrafen etc.

Wurden Sie jemals wegen einer Straftat verurteilt?

- 1 ja
2 nein

wenn »ja«:

bitte eintragen:

Alter bei erster Verurteilung:

_____ Alter

Jahr der letzten Verurteilung:

_____ Jahr

Wurden Sie jemals in einer Justizvollzugsanstalt inhaftiert?

- 1 ja
2 nein

wenn »ja«:

bitte eintragen:

Dauer der längsten Haftstrafe (in

Monaten):

_____ Monate

Haftzeiten insgesamt (in Monaten):

_____ Monate

Alter bei Antritt der ersten Haftstrafe:

_____ Alter

Alter bei Antritt der letzten Haftstrafe:

_____ Alter

Wurden Sie jemals wegen eines Gewaltverbrechens verurteilt?

- 1 ja
2 nein

wenn »ja«:

bitte eintragen:

Jahr der letzten Verurteilung:

_____ Jahr

Dauer der längsten Haftstrafe (in Monaten)

_____ Monate

Wegen welcher Gewaltverbrechen wurden Sie verurteilt?

- 01 Beteiligung an einer Schlägerei
- 02 Erpresserischer Menschenraub
- 03 Geiselnahme
- 04 Körperverletzung, einfache
- 05 Körperverletzung, fahrlässige
- 06 Körperverletzung, gefährliche
- 07 Körperverletzung, schwere
- 08 Körperverletzung mit Todesfolge
- 09 Mord
- 10 Raub
- 11 Sexuelle Nötigung
- 12 Totschlag
- 13 Tötung auf Verlangen
- 14 Vergewaltigung

Wurden Sie jemals wegen eines Sexualverbrechens verurteilt?

- 1 ja
- 2 nein

wenn »ja«:

bitte eintragen:

Jahr der letzten Verurteilung:

_____ Jahr

Dauer der längsten Haftstrafe (in Monaten)

_____ Monate

Wurde jemals eine Maßregel gegen Sie verhängt?

- 1 ja
- 2 nein

wenn »ja«:**in welchem Jahr zuletzt:**

_____ bitte eintragen

Dauer dieser Maßregel in Monaten:

_____ bitte eintragen

In welcher Klinik für Forensische Psychiatrie (»Forensik«) wurden Sie zuletzt untergebracht?**Name der Klinik:** _____ bitte eintragen

10 Aktuelle Situation

Stehen Sie gegenwärtig unter Bewährung oder Führungsaufsicht?

- Bewährung:**
- 1 ja
 - 2 nein

- Führungsaufsicht:**
- 1 ja
 - 2 nein

Wenn »ja«:

Würden Sie die Therapie unter Auflagen (»Therapie statt Strafe« nach § 35 BtmG) beginnen? (mehrfach Häkchen müssen möglich sein)

- Therapie statt Strafe:**
- 1 ja
 - 2 nein
 - 3 Antrag wurde bereits gestellt
 - 4 Antrag wird in naher Zukunft gestellt

Wird gegenwärtig gegen Sie ermittelt oder ist noch ein Strafverfahren offen?

- 1 ja
- 2 nein

Wenn »ja«:

Welcher Anfangsverdacht liegt vor? Warum wurde Strafanzeige gestellt?

_____ bitte eintragen

Waren Sie jemals Mitglied der Bandidos, Hells Angels, Mongols oder eines ähnlichen Clubs?

- 1 ja
- 2 nein

11 Rechtliche Betreuung

Stehen Sie gegenwärtig unter rechtlicher Betreuung?

- Betreuung: 1 ja
 2 nein

wenn »ja«:

Für welche Aufgabenkreise wurde die rechtliche Betreuung eingerichtet?

- 01 Aufenthaltsbestimmung
02 Gesundheitsfürsorge
03 Post & Fernmeldeverkehr
04 Vermögenssorge
05 Vertretung gegenüber Behörden
06 Wohnangelegenheiten
07 alle Angelegenheiten
08 andere Aufgabenkreise: _____ bitte eintragen

Hat das Betreuungsgericht einen Einwilligungsvorbehalt angeordnet?

- 1 ja
2 nein

Geben Sie bitte Name, Anschrift und Telefonnummer des rechtlichen Betreuers an (Freifeldangabe):

12 Sorgen

Was bereitet Ihnen gegenwärtig die größten Sorgen? (bitte maximal drei Bereiche auswählen)

- 01 Alltag (Haushalt, Körperpflege etc.)
- 02 Ämter (Anträge, Zuständigkeiten etc.)
- 03 Arbeit (Arbeitslosigkeit, keine Ausbildung etc.)
- 04 Familie (Konflikte, Trennung etc.)
- 05 Freizeit (kleiner Freundeskreis, Langeweile etc.)
- 06 Geld (kein regelmäßiges Einkommen, Schulden etc.)
- 07 Gesundheit (Infektionen, Schmerzen, Zähne etc.)
- 08 Justiz (anstehende Verhandlungen, ausstehende Haftstrafen etc.)
- 09 Leistungsfähigkeit (Erschöpfung, Müdigkeit, Vergesslichkeit etc.)
- 10 Wohnung (Kündigung, unzumutbare Wohnung, Wohnungslosigkeit etc.)
- 11 andere Sorgen: _____ bitte eintragen

13 Zu guter Letzt ...

Bitte kontaktieren Sie mich über meine E-Mail-Adresse oder rufen Sie mich an:

Vielen Dank!

14 Unterlagen

Fügen Sie dem ausgefüllten Fragebogen bitte – wenn möglich – Kopien der aufgeführten Unterlagen bei.

- Ich besitze keine Unterlagen
- Ausweispapiere (Personalausweis etc.)
- Haftentlassungsschein
- elektronische Gesundheitskarte (vormals »Krankenversichertenkarte«)
- Schwerbehindertenausweis
- aktuelle Arztbriefe, Verordnungen etc.
- Sozialberichte aus vorherigen Therapien
- erweitertes Führungszeugnis, Vollstreckungsblatt oder aktuelle Urteilsschrift

Vielen Dank!