Anmeldung für die Soziotherapie

Bitte ausgefüllt senden an:

Kompass Soziotherapie
Aufnahme
Lohhof 1
87719 Mindelheim

Tel.: 08265 - 911 71 – 213
Mobil/WhatsApp: 0174 398 90 38
Fax: 08265 – 911 71 – 248
m.obermaier@kompass-augsburg.de

Name: _____ Vorname: _____

Geb. am: _____ in: _____

Meldeadresse: _____

Handy: _____ E-Mail: _____

Familienstand: _____ Kinder: _____ Alter: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Aufenthaltserlaubnis bis: _____

Derzeitige Therapieeinrichtung / BKH: _____

Name des Arztes / Therapeut*in / Sozialdienst: _____

Kontaktdaten (Tel./E-Mail): _____

Ende der Therapie / Entgiftung: _____

Vermutlicher Aufenthaltsort bis zu Aufnahme: _____

Gesetzliche Betreuung vorhanden: Ja □ Nein □

Name: _____

Anschrift: _____

Tel./E-Mail: _____

Anmeldung für die Soziotherapie

Kostenübernahme SGB IX beantragt? Ja □ Nein □

Kostenträger und ggf. Ansprechpartner oder Aktenzeichen: _____

_____

Medizinische Daten:

Derzeit behandlungsbedürftige

Suchtdiagnosen: _____

Doppeldiagnosen: _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Hepatitis A □ B □ C □ HIV Ja □ Nein □

Allergien Ja □ _____ Nein □

Sonstige ansteckende Krankheiten: _____

Körperliche Einschränkungen Ja □ _____ Nein □

Krankenkasse: _____

Versichertenkarte vorhanden Ja □ Nein □ Versichertennummer: _____

Juristische Situation:

Vorstrafen Ja □ Nein □ Offene Verfahren Ja □ Nein □

Bewährung Ja □ Nein □ Dauer: _____

Bewährung mit Therapieauflage Ja □ Nein □

Führungsaufsicht Ja □ Nein □

JVA Aufenthalte Ja □ Nein □

Angabe Vorstrafen / offene Verfahren: _____

Anmeldung für die Soziotherapie

Vorherige Therapieaufenthalte:

Name: _____

vom _____ bis_____ regulär beendet Ja □ Nein □

Name: _____

vom _____ bis_____ regulär beendet Ja □ Nein □

Name: _____

vom _____ bis_____ regulär beendet Ja □ Nein □

➔ *Bitte Entlassberichte oder Entbindung der Schweigepflicht beilegen*

Wer hat Ihnen unsere Einrichtung empfohlen?

□ Beratungsstelle	□ gesetzliche Betreuung	□ Bezirkskrankenhaus
□ Bezirk	□ Bekannte/ehem. Bewohner	□ andere _____

Bitte lassen Sie uns zusätzlich zu diesem Anmeldeformular noch folgende Unterlagen zukommen:

- **Motivationsschreiben**
- **Suchtlebenslauf**
- **Arzt- und /oder Sozialberichte**
- **Entlassberichte oder beigefügte Schweigepflichtentbindung**
- **Medikamentenplan**
- **Betreuerausweis**

Vielen Dank!

Mit dieser Unterschrift willigen Sie in die Speicherung Ihrer Daten zum Zweck des Anmelde-verfahrens und der Therapiedurchführung ein. Die Daten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Schweigepflichtenbindung

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Hiermit entbinde ich die nachfolgend genannten Einrichtungen / Therapeut:innen / Ärzt:innen gegenüber der **Kompass Drogenhilfe gGmbH – Soziotherapie** von ihrer Schweigepflicht.

_____

_____

_____

Ich erlaube ausdrücklich, dass zur Vorbereitung und Durchführung meiner Betreuung folgende Informationen angefordert und ausgetauscht werden dürfen_

□ Entlassberichte

□ Diagnosen / Behandlungsverläufe

□ Hilfeplanberichte

□ sonstige relevante Unterlagen: _____

Datenschutz und Widerruf

Mir ist bekannt, dass:

- diese Schweigepflichtentbindung freiwillig erfolgt,
- sie ausschließlich zum Zweck der Aufnahme und Betreuung in der Kompass Soziotherapie verwendet wird,
- ich meine Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

□ Ich erkläre mich mit der Kontaktaufnahme und dem Informationsaustauch einverstanden.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift