

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Einrichtung und dafür, dass Sie diesen wichtigen Schritt gemeinsam mit uns gehen möchten!

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet.

Um Ihre Situation bestmöglich einschätzen zu können und Ihnen eine passgenaue Therapie anbieten zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen so genau wie möglich zu beantworten. **Ihre Angaben sind freiwillig.**

Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten wollen/können, hat dies keinerlei Auswirkungen auf Ihre Behandlung.

Wir bitten Sie den ausgefüllten Fragebogen, wenn möglich, mit den Unterlagen zu Ihrem vereinbarten Termin mitzubringen.

Sie können den Fragebogen in einer unserer ambulanten Einrichtungen (Clean) abgeben, per Post an Krankenhaus Maria Ebene, Maria Ebene 17, 6820 Frastanz oder an ambulanz@mariaebene.at senden.

Nachname, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer, E-Mail-Adresse

Versicherungsnummer, Geburtsdatum

Ihre gewünschte Therapieform

Ambulante Therapie:

Ambulante Therapie am Krankenhaus Maria Ebene (+ Begleitung Suchtfachstelle)

Stationäre Therapie:

Krisen- und Kurzzeittherapie inkl. körperlichem Entzug (bis 4 Wochen, Krankenhaus Maria Ebene)

8 -Wochen-Therapie (mit körperlichem Entzug ca. 9-12 Wochen, Krankenhaus Maria Ebene)

Teilentzug (bei fortgeführter Substitution - bis ca. 4 Wochen, Krankenhaus Maria Ebene)

Langzeittherapie (mit vorab Entzug oder Teilentzug - ab 12 Wochen Therapie)

Krankenhaus Maria Ebene

Therapiestation Carina (nicht mit Teilentzug möglich)

Vereinbarte Therapieform

wird vom SME-Personal (Arzt, Therapeuten oder Clean Mitarbeiter) ausgefüllt.

Ihre Therapieziele

Wir möchten Sie unterstützen, Ihre Schwierigkeiten in verschiedenen Bereichen aktiv anzugehen.

Was möchten Sie gerne verändern?

Welche Ziele haben Sie in Bezug auf die Therapie?

Was motiviert Sie eine Therapie in einer unserer Einrichtungen zu machen?

Im Bezug auf:

Suchterkrankung

Wohnen/Einkommen/Ausbildung/Arbeit

Sonstiges

Arbeitsituation:

angestellt	selbstständig	arbeitslos	Reha-/IV.Geld
Haft	Pension	Hausfrau:männ	Karenz

Beschreiben Sie bitte Ihre Arbeitssituation oder Tagesstruktur:

Haben Sie einen PKW-Führerschein? Ja Nein Nie gemacht
 Wenn nein, seit wann nicht mehr? _____

Liegt ein Grad der Beeinträchtigung / Behinderung vor?	Ja	Nein
Wenn ja, Grad der Beeinträchtigung: ___ %		
Fachärztliche Befunde vorhanden?	Ja	Nein
Wenn ja, bitte dem Anmeldeformular beilegen		
Pflegegutachten vorhanden?	Ja	Nein
Wenn ja, bitte dem Anmeldeformular beilegen		

Finanzielle Situation:

Liegen derzeit Schulden vor?

Wenn ja:

Sind Sie bereits bei der Schuldenberatung? Ja Nein

Wenn ja, wer ist Ihr Ansprechpartner _____

Ist Ihre Schuldensituation geregelt? Privatkonkurs Ratenzahlung

Sind Schulden offen? Gerichtliche Schulden BH-Schulden

Gerichtliches:

Haben Sie offene Gerichtsverfahren? Ja Nein

Wenn ja, welche? (BH, LG, BG) _____

Gibt es offene Geld- oder Haftstrafen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Gibt es eine gerichtliche/behördliche Weisung für eine Therapie? Ja Nein

Wenn ja, welche _____

Beschluss vorliegend? _____

Liegt ein Aufenthaltsverbot in Österreich vor? Ja Nein

Nehmen Sie eine Bewährungshilfe in Anspruch? Ja Nein

Wenn ja, wer ist Ihr Ansprechpartner _____

Nehmen Sie eine Erwachsenenvertretung in Anspruch? Ja Nein

Wenn ja, für welche Anliegen _____

Wenn ja, wer ist Ihr Ansprechpartner _____

Gesundheit

Leiden Sie an körperlichen Krankheiten? Ja Nein

Wenn ja, an welchen? _____

HIV Status:

positiv

negativ

Hepatitis C Status:

positiv

negativ

Wenn positiv, in Behandlung seit: _____

Leiden Sie an psychischen / neurologischen Krankheiten? Ja Nein

Wenn ja, an welchen? _____

Benennen Sie bisherige Operationen und Krankenhausaufenthalte der letzten 3 Jahre.

Stehen OPs oder medizinische Untersuchungen bzw. (Zahn-)Behandlungen bevor?

Wer ist Ihr **Hausarzt**? _____

Haben Sie einen **niedergelassenen Psychiater**? Ja Nein

Wenn ja, welche:r? _____

Alkohol:

Konsumieren Sie Alkohol? Ja Nein

An wie vielen Tagen konsumieren Sie Alkohol?

täglich ___ pro Woche selten

Welche alkoholischen Getränke konsumieren Sie?

Trinken Sie alleine? Ja Nein

Seit wann ist Ihr Alkoholkonsum problematisch? _____

Wann war Ihr erster Alkoholrausch? _____

Wieviel trinken Sie durchschnittlich? _____

Nikotin:

Konsumieren Sie Tabak/Nikotin? Ja Nein

Wenn ja, wie nehmen Sie Nikotin zu sich? Zigarette E-Zigarette
Tabakerhitzer Schnupftabak Nikotinbeutel/Snus

Wann war Ihre erste Nikotinkonsum? _____

Seit wann konsumieren Sie regelmäßig? _____

Wieviel konsumieren Sie pro Tag? _____

Illegale Substanzen:

IV-Konsum? Ja Nein

Substanz	Ja	Erstkonsum (ca. Datum)	Menge/Häufigkeit letzen 30 Tage	letzter Konsum (ca. Datum)
Benzodiazepine				
Cannabis (THC)				
Kokain				
Amphetamine (z.B. Speed, Crystal Meth)				
Ecstasy (MDMA)				
andere Stimulantien				
Heroin				
Methadon				
Morphin in Retardform (z.B. Substidol, Compensan)				
andere Opioide				
Halluzinogene (z.B. LSD, Pilze, DMT)				
Schnuffelstoffe				
andere Substanzen				

Sind Sie in einem Substitutionsprogramm?

Ja

Nein

Aktuelle Medikamente /Substitutionsmedikamente:

Wenn vorhanden, bitte Medikamentenschema (bzw. medikamentöse Einstellung) von Ihrem Arzt beilegen.

Waren Sie schon in **stationärer Therapie**?

Ja

Nein

Wenn ja, welche/wo?

Wenn ja, wann und wie lange?

Haben Sie bereits eine **Entzugs- oder Entwöhnungstherapie** gemacht?

Ja

Nein

Wenn ja, ambulant

stationär

Wenn ja, wo und wann?

Sind Sie bei einer **Suchtfachstelle** und/oder **ambulanten Beratungsstelle**?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Wer ist Ihr Ansprechpartner (Sozialarbeiter, Psychotherapeut, Arzt)?

Waren Sie in den letzten **2 Jahren** als Patient/in in einem **Krankenhaus**?

Ja

Nein

Wann ja, in welchem?

Haben Sie zu anderen **stationären Einrichtungen** Kontakt aufgenommen?

Ja

Nein

Wenn ja, zu welcher?

Weitere medizinisch-psychologische Abklärungen

Haben Sie Allergien ?	Ja	Nein
Wenn ja, welche? _____		
<hr/>		
Hatten Sie schon einmal einen epileptischen Anfall ?	Ja	Nein
Waren Sie jemals bewusstlos ?	Ja	Nein
Haben Sie jemals versucht, sich das Leben zu nehmen?	Ja	Nein
Wenn ja, wann? _____		
Wenn ja, waren Sie anschließend in stationärer Behandlung?	Ja	Nein
Hatten Sie je eine Überdosis ?	Ja	Nein
Wann zuletzt und wie viele? _____		
Besteht aktuell eine Verhaltensproblematik ?	Ja	Nein
<small>z.B. Glückspiel, Gaming, Internet, Soziale Medien, Kaufen, Sport, Pornografie?</small>		
Bestand früher eine der oben genannten Verhaltensproblematiken?	Ja	Nein
Haben Sie eine Essstörung ? (Bulimie, Anorexie, Binge-Eating)	Ja	Nein
Wenn ja, seit wann? _____		
Bestand früher eine Essstörung?	Ja	Nein
Wurde bei Ihnen, abgesehen von Ihrer Suchtproblematik, eine psychische Erkrankung festgestellt?	Ja	Nein
Wenn ja, welche? _____		
Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine psychotische Erkrankung/Psychose festgestellt?	Ja	Nein
Wenn ja, welche? _____		
Wurde festgestellt, dass diese durch den Konsum von Suchtmitteln verursacht wurde?	Ja	Nein

Kontaktperson:

Bitte benennen Sie eine Person, die wir kontaktieren dürfen, falls wir Sie für die Terminvereinbarung Ihres stationären Aufenthalts nicht erreichen können. Diese Person wird **keine Auskünfte zu Ihrem gesundheitlichen Zustand** erhalten, sondern dient lediglich zur Weitergabe organisatorischer Informationen.

Möchten Sie eine Kontaktperson angeben?

Ja

Nein

Wenn ja, _____

Benötigte Beilagen für eine Anmeldung (wenn vorhanden):

Wir bitten Sie, die Dokumente sorgfältig zu senden, da dies den Prozess erheblich beschleunigen bzw. vereinfachen kann. Vielen Dank im Voraus!

Fragebogen Patientendaten (dieses Formular)

Arztbriefe zu stationären Aufenthalten bzw. fachärztlichen Untersuchungen (wenn vorhanden)

medizinische Zuweisung (wenn vorhanden)

großes Blutbild von Ihrem Hausarzt (nicht älter als 2 Monate)

Medikamentenverordnung (wenn vorhanden)

Berichte (psychologische, etc. - wenn vorhanden)

Behindertennachweis

Beschluss bei Gerichtspatienten

Verschwiegenheitsentbindung der ambulanten Beratungsstelle (z.B. Clean, Fähre, Caritas, PSD)

Kontaktbestätigung Beratungsstelle (z.B.: Clean, Fähre, Caritas, PSD)

Kostenfürsprache (nur für LZ-Patienten, kann auch nachgereicht werden)

Rezeptgebührenbefreiung (wenn vorhanden)

Datenschutzbestimmungen

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 werden gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen verarbeitet. Sollten Sie Ihre Anmeldung zurückziehen, werden alle von Ihnen bereitgestellten Daten umgehend gelöscht. Dies umfasst sämtliche Informationen, die im Rahmen Ihrer Anmeldung erfasst wurden, es sei denn, eine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Ihre Daten werden nicht für andere Zwecke verwendet und ausschließlich zu dem Zweck verarbeitet, für den sie erhoben wurden.

**Wir möchten Sie abschließend nochmals darauf hinweisen,
dass alle Angaben in diesem Fragebogen freiwillig sind.**

Ort, Datum

Unterschrift