

Vorname
 Name
 Erstellt am (Datum)
 Erstellt von (Name)

1. Familienstand

Zahl der Kinder

Geburtsjahr/e des Kindes / der Kinder:

3. ergänzende Angab. zur Lebenssituation

(z. B. bisherige „ohne festen Wohnsitz-Erfahrungen“ und Zeitraum)

2. Einkommensverhältnisse

(Mehrfachauswahl möglich)

- z. Zt. kein Einkommen
- Eigene Erwerbstätigkeit
- Berufsunfähigkeitsrente Antrag gestellt
- Erwerbsunfähigkeitsrente Antrag gestellt
- Erwerbsminderungsrente Antrag gestellt
- Altersrente Antrag gestellt

- Witwengeld
- Krankengeld
- Arbeitslosengeld
- Arbeitslosengeld II / Sozialgeld
- Sozialhilfe / Grundsicherung
- BAföG Stipendium Ausbildungsgeld

Unterhalt durch Familienangehörige (wer?):

- Sonstiges Einkommen (bitte Art angeben)

Höhe des Einkommens (bitte angeben):

ca. EURO pro Monat

4. Krankengeschichte

In welchem Alter erfolgte erstmals eine stationäre, teilstationäre oder ambulante psychiatrische oder psychosomatische Behandlung?

Mit Jahren

Wann war der letzte stationäre Aufenthalt?

Wie lange dauerte dieser?

Wochen

| Zurückliegende (teil-)stationäre medizinische Behandlungen | Anzahl insgesamt | davon vorzeitig abgebrochen | planmäßig beendet |
|--|----------------------|-----------------------------|----------------------|
| Psychiatrie und Psychotherapie | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Psychosomatik | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| (Qualifizierte) Entgiftungsbehandlung | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Entwöhnungsbehandlung | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

5. Suchtanamnese

Alter bei erstem häufigerem Suchtmittelkonsum?

- Andere Diagnosen** (z.B. Essstörungen, Spielsucht etc.):

- Beigebrauch

Substanzkonsum in den letzten 12 Monaten (nur Hauptsubstanz auswählen):

 Andere Substanzen:

Applikationsformen: oral nasal Rauch nicht i.v.-injiziert i.v.-injiziert

Gibt es hochriskante Konsumphasen?

Gibt es Erfahrungen mit Abstinenz und (fremd-) kontrolliertem Konsum außerhalb von stationären Einrichtungen und Kliniken?

- z. Zt. Abstinenz seit
- frühere Cleanphasen von mehr als 8 Wochen: Wie oft? Wie lange?
- Phasen des kontrollierten / reduzierten Konsums: Wie oft? Wie lange?

Ergänzende Angaben:

z. B. aktueller Konsum (die letzten 30 Tage), Anlass für Abstinenz oder kontrollierten Konsum oder Aufgabe des polyvalenten Konsums? Gründe für Wiederaufnahme des Konsums? Funktion des Konsums?

Vorname

Name

Aktenzeichen

6. Psychopharmakologische und / oder Substitutionsbehandlung

In welchem Jahr erstmalig pharmakologisch / substitutionsbehandelt:

Seitdem behandelt worden mit (Mehrfachnennungen möglich, alle Stoffgruppen angeben):

Neuroleptika

Antidepressiva

Sonstige:

Tranquilizer

Lithium / Carbamecepin

Methadon / Polamidon

Acamprosat / Clometiazol

Substitution. Angaben zur Begleitung (Wer? Wie? Wie oft?). Angaben zu den Erfahrungen mit Substitution aus Sicht der / des Antragstellers / Antragstellerin – aus Sicht von Mitarbeitern.

7. Sozialmedizinische Angaben

(Infektionskrankheiten, körperliche Erkrankungen z. B. Diabetes, Leberzirrhose, kritischer Ernährungsstand, Hauterkrankungen, extrem schlechter Zahnstatus, komorbide psychische Störungen, Intelligenzminderung)

8. Rechtliche Situation / Justizielle Belastung

Aktuell:

Lfd. Verfahren

Bewährung

Kontaktadresse:

Führungsaufsicht

Kontaktadresse:

Inhaftierung

Maßregelvollzug

Weitere aktuelle, justizielle Belastungen

Gerichtliche Schuldentitel

Verbraucherinsolvenz, Restschuldbefreiungsphase seit

Betreuung Betreuung beantragt, seit

Scheidungsverfahren

Führerscheinentzug

Justizielle Belastung in der Vergangenheit:

Vorstrafen

Anzahl bisheriger Inhaftierungen

Gesamtdauer bisheriger Inhaftierungen in Monaten

Enddatum letzte Inhaftierung

Anzahl bisheriger Unterbringungen im Maßregelvollzug

Gesamtdauer bisheriger Unterbringungen im Maßregelvollzug in Monaten

Enddatum der letzten Unterbringung im Maßregelvollzug

Bewährungsaufgaben

Straftatbestände von Verurteilungen in der Vergangenheit

Schulden / Erfahrungen mit Verbraucherinsolvenz

Vorname

Name

Aktenzeichen

9. Ergänzende Angaben zur rechtlichen Situation

(z. B. Bewährungsauflagen, Hafterfahrungen, Erfahrungen mit Maßregelvollzug, Deliktsspezifika, Schulden, Zusammenhänge mit Suchtproblematik, Chronologie bisheriger justizieller Belastungen)