

**Ambulant Betreutes
Wohnen Womega**

Bewerberfragebogen

Stand
Jun. 2020

Ambulant betreutes Wohnen
Womega
Diakonisches Werk
Altdorf-Hersbruck-Neumarkt e.V.
Spitalgasse 6
91217 Hersbruck
Tel: 09151-8300755
Fax: 09151-8300756
bw-womega@diakonie-ahn.de
www.diakonie-ahn.de

Name Vorname

Geburtsdatum Ort

Aktuelle Adresse

Telefon/Festnetz Handy

Familienstand Kinder

Schulabschluss Erlerner Beruf/ Berufstätigkeit

Momentane Wohn- und Lebenssituation

Wo bzw. wie wohnen Sie aktuell?

Leben Sie alleine oder mit jemanden zusammen (z.B. Partner, Mitbewohner)?

Gehen Sie einer Beschäftigung/ Arbeit nach? Wenn ja, welcher und wie häufig?

Wie sieht Ihre finanzielle Situation aus? Sind Sie auf finanzielle Unterstützung angewiesen? Wenn ja, woher bzw. von wem erhalten Sie diese?

Haben Sie Schulden? Wenn ja, in welcher Höhe?

Haben Sie eine gesetzliche Betreuung? (Name und Anschrift des gesetzl. Betreuers & Aufgabenbereiche)

Wie sieht Ihre Tagesstruktur/ Tagesgestaltung aus?

Was sind Ihre Hobbys, welche Interessen haben Sie? Was machen Sie in Ihrer Freizeit?

Haben Sie derzeit enge Freundschaften oder Bezugspersonen, die Sie regelmäßig sehen? Wenn nein, gab es früher solche Freundschaften? Warum endeten diese?

Fragen zur eigenen Persönlichkeit

1. Wie sehen Sie sich selbst? Welche Charaktereigenschaften haben Sie? Was ist typisch für Sie?

2. Welche Stärken und Schwächen haben Sie?

3. Was schätzen andere an Ihnen?

4. Was schätzen Sie an sich selbst?

5. Was stört andere an Ihnen?

6. Was stört Sie selbst an sich?

Körperliche und Psychische Gesundheit

Welche körperlichen und/ oder psychischen Diagnosen sind bei Ihnen bekannt?

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, wofür und welche?

Liegt bei Ihnen eine Behinderung vor? Wenn ja, welche? (Behinderungsgrad)

Hatten Sie schon mal Suizidgedanken oder Suizidabsichten? Wenn ja, wann, wie häufig und warum (Auslöser)?

Haben Sie sich schon einmal selbst verletzt oder versucht sich selbst zu verletzen?

Weitere Anbindungen

Sind Sie aktuell bei weiteren Institutionen angebunden (z. B. Beratungsstellen; Selbsthilfegruppen etc.)? Wenn ja, bei welchen?

Waren Sie schon mal in ambulanter oder stationärer Behandlung (z. B. Entgiftungen; Therapien) aufgrund Ihrer Suchterkrankung oder aufgrund psychischer Probleme? Wenn ja, wann, wo, wie lange, wie häufig und weshalb?

Welchen Nutzen konnten Sie aus der Behandlung für sich ziehen, bzw. was hat es Ihnen gebracht?

Suchtanamnese					
Was? (Substanz/ Suchtmittel)					
Wie viel? (Menge)					
Wie? (Konsumform)					
Wann? (Häufigkeit)					
Warum?					

Hatten Sie schon Delirien (Vorstellungen, Bilder oder Geräusche, die nicht wirklich vorhanden waren) oder Krampfanfälle? Wenn ja, wann und wie viele?

Gab es oder gibt es andere körperliche Folgen der Suchterkrankung? Wenn ja, welche?

Gab es psychische Folgen aufgrund der Suchterkrankung (z. B. Psychosen)? Wenn ja, wann und welche?

Gab es Abstinenzphasen? Wenn ja, wie lange und wie kam es dazu?

Gab es Reduktionsphasen? (Dauer, Gründe für Reduktion)

Was möchten Sie an Ihrem Konsumverhalten ändern und warum? Mit welchem Ziel?

Was muss sich ändern, damit Sie ein für sich zufriedenstellendes Leben führen können?

Was möchten Sie an sich selbst ändern? Warum?

Warum möchten Sie ambulant betreut werden?

Was erwarten Sie vom Betreuten Wohnen?

Datum

Unterschrift