

Beratungsstellen für Suchtfragen Heidelberg / Bretten  
**Erstkontaktbogen**

Betroffene/r     Angehörige/r

<input type="checkbox"/> Heidelberg	<input type="checkbox"/> Hockenheim	<input type="checkbox"/> Sinsheim
<input type="checkbox"/> Bretten	<input type="checkbox"/> Leimen	<input type="checkbox"/> Eberbach
<input type="checkbox"/> Schwetzingen	<input type="checkbox"/> Wiesloch	

Datum: _____	Berater/in: _____
Name: _____	Vorname: _____
Geburtsname: _____	Nationalität: _____ Migration <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum: _____	Geburtsort: _____
Anschrift: _____	
Telefon: _____	Handy: _____
Familienstand: <input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> Partnerschaft <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verh./getrennt <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verw.	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	

Vermittelt von: _____
Begleit-/Kontaktperson: _____
Schulabschluss: _____      Erlerner Beruf: _____
Derzeitige Tätigkeit: _____

Ich erkläre mich einverstanden damit, dass die Beratungsstelle die Kontaktaufnahme meinem Hausarzt mitteilt.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Klient\*in: \_\_\_\_\_

**Datenschutzerklärung**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen meiner Beratung Daten zu meiner Person im erforderlichen Umfang erfasst und gespeichert werden. Die mich beratenden Personen und deren Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht und dem Datenschutzgesetz.

Nach Beendigung der Beratung werden die Daten entsprechend den rechtlichen Vorgaben gelöscht. Diese Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf hat Wirkung ab dem Zeitpunkt, zu dem er gegenüber der Beratungsstelle erklärt wurde.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Klient\*in: \_\_\_\_\_

Bearbeiter / in	Freigabe	Version	Datum	Seite
Kirsch	Kirsch	2.4	22.10.2019	1 von 2

Alg I:  Alg II:  Sozialhilfebezug:  Lohn/Gehalt:  Rente:  EU Rente:   
 Vermögen:  kein Leistungsbezug:  Angehörige:  Krankengeld:  seit: \_\_\_\_\_  
 DRV -Bund  DRV-Ba-Wü:  DRV- \_\_\_\_\_ Vers.Nr.: \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
 Hausarzt: \_\_\_\_\_

Suchtmittel (Hauptproblem unterstreichen): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Beratung  Psychosoziale Beratung  Nachsorge  Therapievorbereitung  Betreutes Wohnen  
 Substitutionsbegleitung  Ambulante Reha

Sonstiges \_\_\_\_\_

Kinder: Geburtsjahr/ Geschlecht \_\_\_\_\_  
 Kinder insgesamt im Haushalt lebend : \_\_\_\_\_ Eigene Kinder im Haushalt lebend : \_\_\_\_\_

andere Unterstützung  Nein  Ja, von \_\_\_\_\_  
 Jugendamt involviert  Hilfe zur Erziehung  Betreuung

Vorbehandlungen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Anliegen: \_\_\_\_\_

Gesprächsinhalt/Vereinbarungen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Weitere Schritte: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

weiteres Einzelgespräch  Therapieantrag:  stationär  ambulant  ganztägig ambulant  Kombi  
 Vorgespräch ambulante Reha  G-Bögen  ärztl. Befundbericht mitgegeben  Auflagen

Bearbeiter / in	Freigabe	Version	Datum	Seite
Kirsch	Kirsch	2.4	22.10.2019	2 von 2