

# Fragebogen - Station 11.1

Danke für Ihr Interesse an einer stationären Behandlung auf unserer Station. Damit wir uns ein genaues Bild von Ihnen und Ihrer Erkrankung machen können, wäre es hilfreich für uns, dass Sie folgende Fragen beantworten und diesen Bogen an uns zurückschicken.

Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Handy - Nummer: \_\_\_\_\_

E - Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Besteht ein fester Wohnsitz?  Ja  
 Nein

Welche Suchtmittel konsumieren Sie zurzeit?

	Täglich	1 - 2 x pro Woche	1 - 2 x pro Monat
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
THC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benzodiazepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metamphetamine (Crystal, MDPVetc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind Sie substituiert?  Ja  
 Nein

**Welches Substitutionsmittel in welcher Dosierung erhalten Sie?**

- L-Polamidon \_\_\_\_\_ mg
- Methadon \_\_\_\_\_ mg
- Methaddict \_\_\_\_\_ mg
- Subutex \_\_\_\_\_ mg
- Suboxone \_\_\_\_\_ mg
- Substitol \_\_\_\_\_ mg

**Bei welchem Arzt sind Sie in Behandlung / Substitution? (Adresse, Telefonnummer)**

---

**Weitere ärztlich verordnete Medikamente und deren Dosierungen:**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Sind bei Ihnen neben der Suchterkrankung weitere psychiatrische Begleitdiagnosen bekannt? Falls ja, welche?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sind bei Ihnen nicht stoffgebundene Süchte / Verhaltenssüchte (z.B. Spielsucht; Kaufsucht, Essstörungen etc.) bekannt?**

---

**Bestehen körperliche Erkrankungen?  
Falls ja, welche?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Benötigen Sie medizinische Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl / Rollator / Sauerstoffgerät etc.?)**

---

Haben Sie bereits eine Therapie (z. B. Psychotherapie / Entwöhnungstherapie) gemacht?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hier finden Sie eine Liste von möglichen **Zielen einer Psychotherapie**. Links finden Sie hier Stichworte, die das grobe Thema des Therapieziels bezeichnen, rechts die ausführlichen Therapieziele. Bitte gehen Sie diese Fragen durch und kreuzen jene Ziele an, **die Sie mit Hilfe der Psychotherapie erreichen wollen**.

<b>Bewältigung bestimmter Probleme und Symptome</b>
---

Mit Hilfe der Psychotherapie möchte ich...

Sucht	<input type="checkbox"/> stabile Substitution erreichen <input type="checkbox"/> Konsum reduzieren / einstellen <input type="checkbox"/> mit Suchtverlangen umgehen lernen <input type="checkbox"/> verstehen, warum ich süchtig geworden bin <input type="checkbox"/> erreichen, dass die Sucht nicht mehr einen so großen Platz in meinem Leben einnimmt
Außergewöhnlich belastende (traumatische) Lebensereignisse	<input type="checkbox"/> ein außergewöhnlich stark belastendes Ereignis (oder mehrere) in meinem Leben verarbeiten <input type="checkbox"/> belastende Kindheitserlebnisse (Vernachlässigung) verarbeiten
Stress	<input type="checkbox"/> Stress - Situationen frühzeitig erkennen lernen <input type="checkbox"/> besser mit Stress umgehen lernen <input type="checkbox"/> Methoden zur Stressreduktion erlernen
Gefühle	<input type="checkbox"/> Gefühle zulassen und äußern lernen <input type="checkbox"/> Umgang mit Gefühlen erlernen <input type="checkbox"/> Emotionen regulieren ohne Suchtmittel
Depressionen	<input type="checkbox"/> wieder Lebenswillen finden <input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken überwinden <input type="checkbox"/> Aktivitäten aufbauen <input type="checkbox"/> Stimmung verbessern
Selbstverletzung	<input type="checkbox"/> mir keine körperlichen Verletzungen mehr zufügen <input type="checkbox"/> funktionale Bewältigungsstrategien entwickeln