**Anmeldeformular**

 Stationäre Sucht- und Sozialtherapie Betreutes Wohnen

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname:

Geb.dat.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Heimatort:

Adresse:

E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.:

 eigene Wohnung

Zivilstand: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PartnerIn:

Kinder: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beruf: AHV-Nr.:

Krankenkasse: Haftpflichtvers.:

IV-Rente (%): Massnahme nach Art. 60 StGB: ja nein offen

Gesetzliche Vertretung:

Adresse:

Tel:

Weitere Bezugspersonen:

Adresse:

Tel:

**Medizinische Betreuung / Therapie / Beratung**

Hausärztin/-arzt:

Adresse:

Tel:

Bei Klinikaufenthalt aktuell betreuende Ärztin / betreuender Arzt:

Adresse:

Tel:

Weitere Fachärztin/-arzt (z.B. Psychiatrie):

Adresse:

Tel:

*Bitte auf der Rückseite weiterfahren*

 Substitution mit Abgabestelle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Weitere Medikamente:

 Allergien:

Psychotherapie bei:

Adresse:

Tel:

Sozialdienst:

Adresse:

Tel: E-Mail:

**Kurze Problembeschreibung und Motivation**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Datum: Unterschrift:

*Bitte schicken Sie das Anmeldeformular an:* *st@suchttherapiebaern.ch* *oder*

*suchttherapiebärn, Betriebsleitung Sozialtherapie, Muristrasse 37, 3006 Bern*.