

LEBENS LAUF

Name geb.

Adresse Tel.

Sozialbetreuer Tel.

Elternhaus, Kindheit

Geschwister (älter / jünger)

belastende Erlebnisse in Kindheit / Jugend

einmal passiert oder öfters

heute davon noch belastet

wovor am meisten Angst

Heutige Beziehung zu Eltern,

Ausbildung

Drogenkarriere wie begonnen, wie fortgesetzt

Entgiftungen, Therapien

Strafregister

frühere Substitution

zuletzt behandelnder Arzt

heutiger Lebensunterhalt, Schulden

Wohnsituation

Partnerschaft, Kinder

Soziale Bezüge (Freunde, Szene)

Hobbies, Interessen, Weltanschauung

andere Krankheiten körperlich / seelisch

-
- wieviel Zeit und Energie ist mir die Behandlung meiner Sucherkrankung wert ? :
 - Ich verpflichte mich zu korrekter Einhaltung des Behandlungsvertrags und beantrage Aufnahme in das Substitutionsprogramm

Datum, Unterschrift :