

Bewerbungsanfrage zur Aufnahme in den Betreuungsverein 1:1, Straubing



Fachbereich: SUCHT FORENSIK

Vermittlung erfolgt über:

(Selbst, Einrichtung, Fachklinik, etc.)

Vorname und Name:

Adresse:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Therapie: Ja Nein

Therapie abgeschlossen am:

Therapie endet am:

Therapieeinrichtung:

Gewünschter Aufnahmetermi:

Derzeitige Wohnsituation:

Abhängigkeit (vorrangiges Suchtmittel):

Gesetzlicher Betreuer: Ja Nein

Substituiert: Ja Nein

Körperliche Beschwerden:

Motivation:

Sonstiges:

Mit der telefonischen Kontaktaufnahme bin ich einverstanden: Ja Nein

(Hinweis auf jederzeitigen Widerspruch bei Einwilligung zur tel. Kontaktaufnahme)

Bitte das Formblatt zurück senden an: aufnahme@betreuung.verein-1zu1.de oder per Fax 09421/788 233 2

Eingang:

Eingetragen:

Telefonat:

Ablage:
