

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich, _____, geboren am _____,

die Mitarbeiter der JVA _____ von ihrer Schweigepflicht
gegenüber den Mitarbeitern der

Sozialtherapeutischen Einrichtung Haus Bruderhilfe, Söllingstr. 106 in 45127 Essen.

Ich erkläre mich hiermit ausdrücklich mit einem Austausch von Informationen zwischen
Sozialem Dienst der JVA und Haus Bruderhilfe einverstanden.

Der/die für mich zuständige Mitarbeiter/in des Sozialdienstes ist:

Herr/Frau _____

Ort, Datum

Unterschrift Name

Einwilligungserklärung

Ich, _____, erkläre mich einverstanden, dass meine persönlichen Daten ausschließlich zum Zweck der Antragsbearbeitung in Schriftform oder EDV-gestützt erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.

Die Daten werden unwiderruflich gelöscht bzw. vernichtet, sobald entschieden ist, dass es nicht zu einer Aufnahme kommen wird.

Ort, Datum _____

Unterschrift

Unterschrift rechtliche Vertretung

Handakte vernichtet am _____

Vernichtet von _____

ame

Funktion (z. B. Drogenberater, Familienmitglied, Arzt etc.)

Sehr geehrter Bewerber ,

Sie haben sich um die Aufnahme im Sozialtherapeutischen Zentrum Haus Bruderhilfe beworben. Wir wissen, dass die Entscheidung zu solch einer Bewerbung meist mit Erwartungen, aber auch Befürchtungen verbunden ist. Um Sie etwas näher kennenzulernen, würden wir gerne von Ihnen erfahren, was Sie bestärkt hat, sich an uns zu wenden, welche Hilfen Sie von uns erwarten und welche Vorstellungen und Ziele Sie selbst haben.

Zu diesem Zweck haben wir den vorliegenden Fragebogen erstellt. Die Beantwortung der Fragen ist auch eine gute Vorbereitung auf das persönliche Gespräch, das wir mit Ihnen führen werden, bevor wir über Ihre mögliche Aufnahme entscheiden. Bitte beantworten Sie deshalb alle Fragen ausführlich. Erfahrungsgemäß ist es hilfreich, die Fragen gemeinsam mit einer Person, der Sie vertrauen (Arzt, einer Bezugsperson oder einem Angehörigen) zu besprechen, wenn dies möglich ist.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass wir Ihre Angaben vertraulich behandeln!

Den ausgefüllten Fragebogen sowie folgende weitere Unterlagen (soweit für Sie zutreffend)

- einen ausführlichen Lebenslauf, in dem Sie auch auf Ihre Suchtproblematik eingehen
- Passkopie und Aufenthaltsnachweis bei nicht deutschen Bewerbern
- ein aktuelles Vollstreckungsblatt bei inhaftierten Bewerbern
- wenn möglich, die Bescheinigung einer vorherigen abgeschlossenen stationären Therapie oder anderer, auch nicht erfolgreich beendeter Therapien
- die unterzeichnete Einverständniserklärung zur Aktenvernichtung

senden Sie bitte an folgende Adresse:

Haus Bruderhilfe

Petra Schmitz
Söllingstr. 106
45127 Essen

Mail: petra.schmitz@haus-bruderhilfe.net

Telefon: 0201 85688137

Fax: 0201 20595

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!

Motivationsfragebogen

©2017 Dr. Wolfgang Spellmeyer/Petra Schmitz



Angaben zur Person

Name		Vorname	
Anschrift bzw.	Straße, Hausnr.		
Letzte Meldeadresse vor Haftantritt (letzter gewöhnlicher Aufenthalt)	PLZ, Ort		
Geburtsdatum		Geburtsort	
Staatsangehörigkeit			
Telefonnummer			
Konfession			
Familienstand		Kinder (Anzahl)	

Ausländerrechtlicher Status (bitte ausfüllen, wenn sie nicht deutscher Staatsbürger sind)
<input type="radio"/> Aufenthaltserlaubnis (§ 7 AufenthG) befristet bis _____ <input type="radio"/> unbefristet
Bitte Farbkopie des Passes oder Bescheinigung beilegen

Schul- und Berufsausbildung

Was ist ihr höchster Schulabschluss?	
Welche Berufsausbildung besteht? (bei angefangen Ausbildungen bitte die Ausbildungsdauer angeben)	

Motivationsfragebogen

©2017 Dr. Wolfgang Spellmeyer/Petra Schmitz



Haft

Wie oft inhaftiert?	
Gesamtdauer aller Haftstrafen in Monaten	
Gründe für die bisherigen Inhaftierungen	<input type="radio"/> BtMG <input type="radio"/> Totschlag <input type="radio"/> Raub <input type="radio"/> Zuhälterei <input type="radio"/> Diebstahl <input type="radio"/> Sonstiges (bitte angeben) <input type="radio"/> Körperverletzung _____

Juristische Situation

Streben Sie Therapie nach §35 BtMG an?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Wenn ja, nennen sie bitte die Aktenzeichen und die jeweils zuständige Staatsanwaltschaft	AZ	StA
	AZ	StA

Kontaktpersonen

	Name	Adresse
Gesetzliche/r Betreuer/in:		
Bewährungshelfer/in:		
Rechtsanwalt/in:		
Drogenberater/in:		
Sonstige		

Motivationsfragebogen

©2017 Dr. Wolfgang Spellmeyer/Petra Schmitz



Aufenthalte in den letzten 5 Jahren

Datum	Adresse	Unterkunftsart/ Art der Einrichtung
Zum Beispiel: 01.01.2008 - 10.10.2009	Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	Eigene Wohnung, JVA, Entgiftungs-behandlung, Stationäre Therapie, etc.

Inanspruchnahme von Eingliederungshilfe

Haben Sie schon einmal Eingliederungshilfe gemäß § 53 SGB XII in Anspruch genommen?

Nein
 Ja
 Bin mir nicht sicher

Wenn ja, wann und wo?

Sucht

Abhängig von welchen Stoff	Seit wann	Abhängig von welchen Stoff	Seit wann
Letzter Konsum:			
Bei Opiatabhängigkeit:	Substitution:	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Dosierung (bitte in ml angeben) und Art des Substituts:	_____ml	<input type="radio"/> Methadon	<input type="radio"/> Polamidon <input type="radio"/> Subutex

Finanzieller und Sozialhilferechtlicher Status

Krankenversicherungsstatus (bitte ankreuzen wo Sie zuletzt krankenversichert waren)	Wovon haben Sie zuletzt Ihren Lebensunterhalt bestritten? (Zutreffendes bitte ankreuzen)
<input type="radio"/> Pflichtversichert bei:	<input type="radio"/> Erwerbstätigkeit
<input type="radio"/> Familienversichert bei:	<input type="radio"/> ALG I <input type="radio"/> ALG II
<input type="radio"/> Freiwillig versichert bei:	<input type="radio"/> Rente
<input type="radio"/> Sonstiges:	<input type="radio"/> Grundsicherung

Motivationsfragebogen

©2017 Dr. Wolfgang Spellmeyer/Petra Schmitz



Psychische Erkrankungen

Wurde bei Ihnen schon einmal eine psychische Erkrankung diagnostiziert?	
<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Wenn ja, mit welcher Diagnose?	
Nehmen Sie aufgrund der psychischen Erkrankung regelmäßig Medikamente?	
<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Wenn ja, nennen Sie bitte das Medikament und die entsprechende Dosierung:	

Körperliche Erkrankungen

Wurden bei Ihnen körperliche Erkrankungen diagnostiziert?	
<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Wenn ja, mit welchen Diagnosen?	
Nehmen Sie aufgrund der körperlichen Erkrankungen regelmäßig Medikamente?	
<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Wenn ja, nennen Sie bitte die Medikamente:	

Motivationsfragebogen

©2017 Dr. Wolfgang Spellmeyer/Petra Schmitz



Beschreiben Sie bitte Ihre Probleme:
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Was belastet Sie an diesen Problemen derzeit am meisten?
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Beeinträchtigen Ihre Probleme Sie in Ihrem Leben und/oder in Ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit?
<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Bitte beschreiben Sie die erlebte Beeinträchtigung:
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Konsumieren Sie alkoholische Getränke (z.B. Bier, Wein, Schnaps)? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Wenn Ja, was? _____
Und wieviel? _____
<input type="radio"/> pro Tag _____x <input type="radio"/> pro Woche _____x <input type="radio"/> pro Monat _____x

Motivationsfragebogen

©2017 Dr. Wolfgang Spellmeyer/Petra Schmitz



Bestehen bei Ihnen weitere Abhängigkeitssymptome (z.B. Spielsucht, PC-Sucht, Medikamentenabhängigkeit)?

Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Wie oft? _____

Wann zuletzt? _____

Nennen Sie bitte Ihre Gründe dafür, eine sozialtherapeutische Maßnahme zu absolvieren?

Nennen Sie die Befürchtungen, die Sie bei dem Gedanken an diese Maßnahme haben?

Welche Hilfen erwarten Sie von uns im Rahmen dieser Maßnahme für folgende Bereiche?
(z.B. Umgang mit der Suchterkrankung, Beziehungsgestaltung, Haushaltsführung; Freizeitgestaltung, Arbeit)

Motivationsfragebogen

©2017 Dr. Wolfgang Spellmeyer/Petra Schmitz



<p>Haben Sie schon einmal eine stationäre Therapie absolviert?</p> <p> <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, ambulant <input type="radio"/> Ja, stationär </p> <p>(Wenn Sie noch keine Therapieerfahrung haben, fahren Sie bitte mit der Beantwortung der Fragen auf Seite 9 fort.)</p>		
Wenn ja, wann?	Wo?	abgeschlossen:
Nennen Sie bitte nur die letzten 3 Therapien, wenn vorhanden		
		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<p>Reflektion der bisherigen Therapie</p> <p>Was hat Ihnen geholfen, wo haben Sie sich positiv verändert, was haben Sie erreicht?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<p>Kam es während der Therapien zu Rückfällen und wenn ja unter welchen Umständen?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<p>Bei disziplinarischer Entlassung bzw. Therapieabbruch: Was war der Grund?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		

Motivationsfragebogen

©2017 Dr. Wolfgang Spellmeyer/Petra Schmitz



Streben Sie nach Beendigung der Maßnahme eine berufliche Rehabilitation an?

- Nein** **Ja**
- Berufsausbildung/Umschulung
 - Rückkehr in erlernten Beruf
 - Tätigkeit in einem anderen als dem erlernten Beruf
 - Beschäftigung in einem geschützten Umfeld (z. B. Werkstatt für Menschen mit Handicaps, etc.)

Haben Sie Ziele (beruflich oder privat), die Sie langfristig anstreben?

Wenn ja, benennen Sie diese:

Wir bedanken uns für die Beantwortung der Fragen.

Wenn Sie noch weitere Anmerkungen machen möchten, nutzen Sie bitte dieses Feld:

Bei der Beantwortung der Fragen wurde ich unterstützt von

Anrede Vorname Name

Funktion (z. B. Drogenberater, Familienmitglied, Arzt etc.)