

# Anmeldeformular

☐ Stationäre Sucht- und Sozialtherapie

☐ Betreutes Wohnen

☐ Begleitetes Wohnen

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

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

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

Heimatort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

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

Tel.: \_\_\_\_\_

☐ eigene Wohnung

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

Partner:in: \_\_\_\_\_

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

Beruf: \_\_\_\_\_

AHV-Nr.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Policen-Nr.: \_\_\_\_\_

Haftpflichtvers.-Nr.: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Konsum/ Substanzen: \_\_\_\_\_

☐ 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](mailto:st@suchttherapiebaern.ch) oder  
suchttherapiebärn, Betriebsleitung Sozialtherapie, Muristrasse 37, 3006 Bern.*