

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: _____

Bitte auf der Rückseite weiterfahren

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