



Bewerbung Therapieplatz

Name: _____

Vorname: _____

Bitte beantworten Sie folgende Fragen wahrheitsgemäß und leiten Sie dieses Schreiben an uns weiter:

Erkennen Sie für sich die Diagnose Alkoholismus oder eine andere Suchterkrankung an?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anmerkung: _____	
Was ist Ihnen während der Therapie wichtig – Was erwarten Sie von uns? (Mehrfachauswahl möglich)	
<input type="checkbox"/> Einzelgespräche <input type="checkbox"/> Gruppentermine <input type="checkbox"/> Kontakt seitens des Personals <input type="checkbox"/> Einzelmaßnahmen <input type="checkbox"/> Freizeitangebote/-gestaltung <input type="checkbox"/> Tagesstruktur/Beschäftigung <input type="checkbox"/> hauswirtschaftliches Training	Sonstiges: bitte hier genauer beschreiben
Welche Angebote möchten Sie im Therapiezentrum annehmen? (Mehrfachauswahl möglich)	
<input type="checkbox"/> Suchtmittelfreies Wohn- und Lebensumfeld <input type="checkbox"/> Stufenweise Wiedereingliederung (Haupthaus → Wohngruppen → Betreutes Wohnen) <input type="checkbox"/> Gesprächsgruppen <input type="checkbox"/> Therapiegruppenangebote <input type="checkbox"/> Beschäftigungstherapie <input type="checkbox"/> Freizeitangebote/-maßnahmen	
Welcher Beschäftigungsbereich spricht Sie am meisten an? Bitte nur eine Auswahl treffen	
<input type="checkbox"/> Montage- und Verpackungstätigkeiten (überwiegend sitzende Tätigkeiten) <input type="checkbox"/> Schreinereiwerkstatt <input type="checkbox"/> Holzgruppe (keine Vorkenntnisse notwendig) <input type="checkbox"/> Kreativwerkstatt <input type="checkbox"/> Hauswirtschaft (<input type="checkbox"/> Küche, <input type="checkbox"/> Reinigung, <input type="checkbox"/> Wäscherei) <input type="checkbox"/> Hausmeisterei <input type="checkbox"/> Gartengruppe	
Welche Sportart passt zu Ihnen? (Mehrfachauswahl möglich)	
<input type="checkbox"/> Gymnastik <input type="checkbox"/> Krafraum <input type="checkbox"/> Fußball <input type="checkbox"/> Walking <input type="checkbox"/> Boccia <input type="checkbox"/> Kegeln <input type="checkbox"/> Entspannung <input type="checkbox"/> Tischtennis <input type="checkbox"/> eigene Wünsche: _____	
Wie beurteilen Sie Ihre lebenspraktischen Fähigkeiten?	
z.B. Zubereiten von Mahlzeiten, Sauberkeit im eigenen Bereich, Wahrnehmen von Terminen (Mobilität) 	
Was können Sie gut? - Was machen Sie gerne? (z.B. Fähigkeiten, Hobbies, Vorlieben etc.)	
Was bereitet Ihnen Probleme, Schwierigkeiten?	
Wie viel Zeit bringen Sie für Ihren Aufenthalt bzw. für Ihre Therapie mit?	

Ort, Datum

Unterschrift –Bewerber*in-