



**KLINIK WYSSHÖLZLI**  
Marie-Sollberger-Stiftung

**ANMELDUNG ZUR AUFNAHME**

- Info-Nachmittage besucht am:** \_\_\_\_\_  
 **Info-Nachmittag noch nicht besucht**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Natel \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Heimatort \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

AHV-Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Private Bezugs-  
Personen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Name, Adresse, Telefon)

Beruf/Tätigkeit \_\_\_\_\_

ArbeitgeberIn \_\_\_\_\_  
(Name, Adresse, Telefon)

**Kinder:**

Name/Vorname/ \_\_\_\_\_  
Jahrgang: \_\_\_\_\_

Unterstützung durch Sozialdienst ja  nein

Ansprechperson \_\_\_\_\_  
Sozialdienst: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Name, Adresse, Telefon)

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_  
(Adresse) \_\_\_\_\_

Bestehen aktuell offene Krankenkassenprämien? ja  nein

Unfallversicherung \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_  
(Adresse) \_\_\_\_\_

Fachstelle \_\_\_\_\_  
(z.B. Suchtberatungsstelle) (Name, Adresse, Telefon)

Zuweisende Ärztin \_\_\_\_\_  
Zuweisender Arzt (Name, Adresse, Telefon)

Hausärztin \_\_\_\_\_  
Hausarzt (Name, Adresse, Telefon)

**IV:**  nicht angemeldet  
 angemeldet wann? \_\_\_\_\_  
Durch wen? \_\_\_\_\_  
 Rente seit? \_\_\_\_\_

**Vormundschaftliche Massnahme:**

Beistand/Beiständin: .....

Vormund/Vormundin: .....

Obhutsentzug: .....

Fürsorgerischer Freiheitsentzug (FFE) ja nein

**Zuständige Behörde bei vormundschaftlichen Massnahmen:**

.....

Ansprechperson: .....

Adresse: ..... Telefon: .....

**Gerichtliche Verfahren (z.B. FiaZ, Scheidung usw.):**

laufende Massnahmen: .....

hängige Verfahren: .....

Wurde gerichtlich eine Behandlung angeordnet? Ja  Nein

Zuständige Behörde:

Ansprechperson: \_\_\_\_\_  
(Name, Adresse, Telefon)

Durchgemachte oder bestehende Krankheiten/Unfälle  
(z.B. Leberzirrhose, Zuckerkrankheit, hoher Blutdruck, Epilepsie, Magen/Darmerkrankung usw.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Behinderungen \_\_\_\_\_

Krankheiten in der Familie \_\_\_\_\_

**Fragen zu Ihrem Suchtproblem:**

Welche Suchtmittel konsumieren Sie gegenwärtig / konsumierten Sie früher?

Suchtmittel				Jetzt?		Wann früher?	Menge	Einnahmehäufigkeit *
Alkohol	Wein	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
	Bier	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
	Schnaps	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
	anderes was?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
Harte Drogen	welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
Haschisch		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
Methadon		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
Medikamente	welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
Nikotin		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			

\* täglich, wöchentlich, von Zeit zu Zeit?

Kennen Sie bei sich andere Suchtverhaltensweisen (Essstörungen, Spielsucht oder andere)?

\_\_\_\_\_

Wann und warum haben sich bei Ihnen die Abhängigkeiten entwickelt?

\_\_\_\_\_

---

Haben Sie je ambulante und/oder stationäre Behandlungen gemacht? Wann? Wo?

---

Haben Sie den körperlichen Entzug schon gemacht? Ja  Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Wo? \_\_\_\_\_

Warum haben Sie sich gerade jetzt für eine Behandlung entschieden?

---

---

Ist es für jemanden wichtig, dass Sie eine Behandlung machen?

---

---

Kurzer Lebenslauf: (*Familie, Geschwister, Schulbildung u. beruflicher Werdegang, unter welchen Verhältnissen aufgewachsen, Heirat, Kinder, besondere Lebensereignisse usw.*)

---

---

---

---

---

---

---

---

Sobald wir Ihre Anmeldung erhalten haben, werden wir Sie für ein Abklärungsgespräch aufbieten. Bitten schreiben Sie hier auf, wo wir Sie zurzeit erreichen können (Adresse und Telefon)

---

---