

# Anmeldeformular für eine geplante Aufnahme

Voraussetzung ist die vorherige Begutachtung durch **CONTACT (01/400087387)**

**Klebeetikette**

**Zuweisende Klinik:**

**Rückrufnummer:**

**Suchtmittel** (mehrfach Nennungen möglich):

Opiate  Kokain  BZD  Alkohol  THC  Amphetamine  GHB  sonstige (z.B.: Lyrica, ...)

**Suchtspezifisches Behandlungsziel:**

Komplettentzug  Teilentzug  medikamentöse Therapieoptimierung  Stabilisierung

**Diagnosen** (relevante Nebendiagnosen):

**MMSE:**

**Medikation:**

**Mobilität:**  Selbständig  Rollstuhl  Gehhilfe

**Körperpflege:**  Selbständig  Teilweise selbständig  Unselbständig

**Ausscheidung:**  Kontinent  Teilweise kontinent  Inkontinent

**Versicherungsstatus:**  Aufrecht  Schutzfrist  Nicht versichert

**Wohnsituation:**

**Soziale Dienste:**

**Erwachsenenvertretung:**

**Laufende Anträge** (z.B.: Pflegegeld, Erwachsenenvertretung, suchtspezifische Nachbetreuung):

Unterschrift d. Pat.