

Ambulant Unterstütztes Wohnen **Anfragebogen**

Stand

11/2024

AUW im Landkreis Neumarkt

für Menschen mit Suchterkrankungen
und/ oder psychischer Erkrankungen

- ✓ Einzelwohnen

Seelstraße 11a
92318 Neumarkt

Tel. 09181 6981701
Mobil 0175 1972348
Fax 09181 440905

ambulant-wohnen-neumarkt@diakonie-nah.de

AUW im Nürnberger Land

Für Menschen mit Suchterkrankungen und
Doppeldiagnosen

- ✓ Wohngemeinschaften
- ✓ Einzelwohnen

Spitalgasse 6
91217 Hersbruck

Tel. 09151 8300755
Fax 09151 8300756

ambulant-wohnen-nuernberger-land@diakonie-nah.de

Name Vorname

Geburtsdatum Ort

Aktuelle Adresse

E-Mail Adresse

Telefon/Festnetz Handy

Familienstand

Schulabschluss Erlernter Beruf/ Berufstätigkeit

- Gewünschte Wohnform:** Betreuung in der eigenen Wohnung (Ambulant Unterstütztes Wohnen)
 Wohngemeinschaft
Haftpflichtversicherung vorhanden¹?
 ja nein

Momentane Wohn- und Lebenssituation

Haben Sie Kontakt zur Ihrer Familie/ zu Angehörigen? Wie ist der Kontakt (gut/ schlecht; häufiger/ seltener Kontakt)?

Haben Sie Kinder? Wenn ja, wie viele? Wo leben die Kinder? Wie ist das Verhältnis?

Wo bzw. wie wohnen Sie aktuell? Gewöhnlicher Aufenthaltsort?

Leben Sie alleine oder mit jemanden zusammen (z.B. Partner, Mitbewohner, Kinder/ Enkelkinder)?

Gehen Sie einer Beschäftigung/ Arbeit nach? Wenn ja, welcher und wie häufig?

¹ Der Abschluss einer Haftpflichtversicherung wird empfohlen um im Schadensfall ausreichend abgesichert zu sein.

Wie sieht Ihre finanzielle Situation aus? Sind Sie auf finanzielle Unterstützung angewiesen? Wenn ja, woher bzw. von wem erhalten Sie diese?

Haben Sie Schulden? Wenn ja, in welcher Höhe?

Haben Sie eine gesetzliche Betreuung? (Name und Anschrift des gesetzl. Betreuers & Aufgabenbereiche)

Wie sieht Ihre Tagesstruktur/ Tagesgestaltung aus?

Was sind Ihre Hobbys, welche Interessen haben Sie? Was machen Sie in Ihrer Freizeit?

Haben Sie derzeit enge Freundschaften oder Bezugspersonen, die Sie regelmäßig sehen? Wenn nein, gab es früher solche Freundschaften? Warum endeten diese?

Fragen zur eigenen Persönlichkeit

1. Wie sehen Sie sich selbst? Welche Charaktereigenschaften haben Sie? Was ist typisch für Sie?

2. Welche Stärken und Schwächen haben Sie?

3. Was schätzen andere an Ihnen?

4. Was schätzen Sie an sich selbst?

5. Was stört andere an Ihnen?

6. Was stört Sie selbst an sich?

Körperliche und psychische Gesundheit

Welche körperlichen und/ oder psychischen Diagnosen sind bei Ihnen bekannt?

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, wofür und welche?

Liegt bei Ihnen eine Behinderung vor? Wenn ja, welche? (Behinderungsgrad)

Hatten Sie schon mal Suizidgedanken oder Suizidabsichten? Wenn ja, wann, wie häufig und warum (Auslöser)?

Haben Sie sich schon einmal selbst verletzt oder versucht sich selbst zu verletzen?

Weitere Anbindungen

Sind Sie aktuell bei weiteren Institutionen angebunden (z. B. Beratungsstellen; Selbsthilfegruppen etc.)? Wenn ja, bei welchen?

Waren Sie aufgrund Ihres Konsums oder aufgrund psychischer Probleme schon mal in ambulanter oder stationärer Behandlung (z. B. Entgiftungen; Therapien)? Wenn ja, wann, wo, wie lange, wie häufig und weshalb?

Welchen Nutzen konnten Sie aus der Behandlung für sich ziehen, bzw. was hat es Ihnen gebracht?

Konsumanamnese

Was? (Substanz/ Suchtmittel/Verhalten)					
Wie viel? (Menge)					
Wie? (Konsumform)					
Wann? (Häufigkeit)					
Warum?					

Hatten Sie schon Delirien (Vorstellungen, Bilder oder Geräusche, die nicht wirklich vorhanden waren) oder Krampfanfälle? Wenn ja, wann und wie viele?

Gab es oder gibt es andere körperliche Folgen, die durch den Konsum entstanden sind? Wenn ja, welche?

Gab es psychische Folgen, die durch den Konsum entstanden sind (z. B. Psychosen)? Wenn ja, wann und welche?

Gab es Abstinenzphasen? Wenn ja, wie lange und wie kam es dazu?

Gab es Reduktionsphasen? (Dauer, Gründe für Reduktion)

Was möchten Sie an Ihrem Konsumverhalten ändern und warum? Mit welchem Ziel?

Fragen zu Delikten/ offenen Verfahren

Gibt es momentan offene Verfahren?

- Ja, weshalb? _____
- Nein

Gab es in der Vergangenheit Verfahren bzw. Aufenthalte in der JVA?

- Ja, weshalb und wie lange? _____
- _____
- Nein

Gibt es momentan Auflagen, Bewährung, wenn ja, welche? _____

Name des Bewährungshelfers _____

Fragen zu ihrer Motivation

Was muss sich ändern, damit Sie ein für sich zufriedenstellendes Leben führen können?

Was möchten Sie an sich selbst ändern? Warum?

Warum möchten Sie ambulant betreut werden?

Was erwarten Sie vom ambulant unterstützten Wohnen?

Datum

Unterschrift