**Treffpunkt**

1030 Wien, Radetzkystraße 31

Tel: 01/88010-1430

Fax: 01/88010-91430

e-mail: treffpunkt@api.or.at

|  |
| --- |
| **Anmeldung zur stationären Aufnahme – Abteilung D / Drogenabteilung** |
|  |  |  |  |
| **Nachname** | **Vornamen** | **Geburtsdatum** | **SV-Nr.** |
|       |       |       |       |
| **Adresse** | **Telefon** | **Krankenkasse** |
|            |       |       |
| **Nationalität** | **Familienstand** | **Kinder** |  |
|       |       |       |       |
| **Mitversichert bei (Name, SV-Nr./Geburtsdatum):** |
|       |       |       |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zuweisende Einrichtung/BetreuerIn:** | **Telefon** | **Fax** | **Mail** |
|       |       |       |       |
| **Behandelnde/r Ärztin/Arzt** | **Telefon** | **Fax** | **Mail** |
|       |       |       |       |
| **Behandlungsplan:** |
| **[ ]** Vollentzug[ ]  Teilentzug**anschließend im Anton Proksch Institut Abt. D/Drogenabteilung:**[ ]  Stationäre Therapie 1 Monat (Voraussetzung gesicherte ambulante Weiterbehandlung)[ ]  Stationäre Therapie 3 Monate (Voraussetzung gesicherte Wohnsituation und Nachbetreuung imHerkunftsbundesland, ausgenommen Wien)[ ]  Stationäre Therapie 6 Monate[ ]  Stationäre Therapie 12 Monate[ ]  Sonstiges:      Ambulante Nach-/Weiterbehandlung geplant bei:       |
| **Psychiatrische / Somatische Diagnosen:** |
|  |  |
| **Aktuelle Medikation (Substitution/psychiatrisch/somatisch) / Konsumverhalten:** |
|                 |                 |
| **Bisherige Behandlungen/Betreuungen (ambulant und/oder stationär):** |
|                 |                 |
| **Soziale Situation:** |
| Wohnsituation: | [ ]  Gesichert:      [ ]  Nicht gesichert:       |
| Schule/Ausbildung/Beruf: | [ ]  Abgeschlossen:      [ ]  Abgebrochen:       |
| Einkommen: |       |
| Behandlungsweisung (§): |       |
| Bewährungshilfe: | [ ]  ja [ ]  nein |
| **Sonstige behandlungsrelevante Mitteilungen:** |
|       |

**Eine stationäre Aufnahme in der Abteilung D ist nur unter den nachstehenden Bedingungen möglich:**

* **Gültige Sozialversicherung**
* **Schriftliche Bestätigung der Übernahme der Restkosten durch das Bundesland in dem Ihr Hauptwohnsitz liegt.**
* **Lungenröntgen**