

**Hast Du Kontakt zu einer Beratungsstelle oder einer Selbsthilfegruppe?**

Onein Oja:  
Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

**Von wem hast Du von unserer Therapieeinrichtung erfahren?**

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

**Wasser wartest Du von einer Therapieeinrichtung mit einer christlichen Ausrichtung?**

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

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Die wichtigsten Hausregeln:**

- sämtliche Suchtmittel, wie Nikotin, Alkohol, Medikamente, Schnüffelstoffe, etc. sind verboten
- Die Teilnahme an allen gemeinschaftlichen Aktivitäten und an allen christlichen Programmpunkten ist Pflicht
- Bestehende Partnerschaftliche Beziehungen sind für die Therapie dauer zu unterbrechen. Das Eingehen neuer Beziehungen ist während der Therapie nicht erlaubt
- Kontakt- und Ausgangssperre (keine Telefonate, Briefe, etc.) für die ersten 3 Monate (in Einzelfällen auch länger)
- Die Hausprache ist Deutsch.
- Die Bereitschaft zu (mitunter harter) körperlicher Arbeit ist Voraussetzung und verpflichtend für die gesamte Therapie dauer. (Dawohnen Kostenträger arbeiten, müssen wir eine n Großteil unserer Kosten selber erwirtschaften).

**Wie Du Dich um einen Therapieplatz bewerben kannst:**

Schick diesen Fragebogen ausgefüllt mit Deinem Lebenslauf und Suchtverlauf an uns zurück:

Weg zur Freiheit  
Christian-Wagner-Str. 14  
71229 Leonberg-Warmbronn

Nach Durchsicht der Unterlagen laden wir Dich gegebenenfalls zu einem Vorstellungsgespräch ein und entscheiden dann gemeinsam über Deine Aufnahme.

**Noch Fragen?**

Weitere Infos über Weg zur Freiheit findest Du unter [www.WegzurFreiheit.de](http://www.WegzurFreiheit.de) oder durch den direkten Kontakt mit uns:  
Tel. 07152/33129-0, Fax. 07152/33129-29, Email: [info@wegzurfreiheit.de](mailto:info@wegzurfreiheit.de)



Fragebogen

zur Bewerbung um einen Therapieplatz  
bitte komplett ausfüllen!

**Angaben zur Person:**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_  
Nationalität: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_  
Familienstand: \_\_\_\_\_ Anzahl Kinder: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
zuletzt gearbeitet.: Onein Oja...als: \_\_\_\_\_

**Derzeitige Adresse:**

Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

**Welche Suchtmittel hast Du wie lange konsumiert?**

(Hauptsubstanz bitte unterstreichen)

Droge	Anzahl Jahre ca.
<input type="checkbox"/> Heroin, Morphin, Opium, Codein	
<input type="checkbox"/> Amphetamine, Speed, Crystal	
<input type="checkbox"/> LSD, DOM, Meskalin u. andere Halluzinogene	
<input type="checkbox"/> Pflanzliche Drogen (z.B. Stechapfel, Tollkirsche)	
<input type="checkbox"/> Haschisch, Marihuana	
<input type="checkbox"/> Methadon	
<input type="checkbox"/> Barbiturate, Diazephan	
<input type="checkbox"/> Kokain	
<input type="checkbox"/> Crack	
<input type="checkbox"/> Extasy	
<input type="checkbox"/> Nikotin	
<input type="checkbox"/> Schnüffelstoffe	
<input type="checkbox"/> Alkohol	

In welcher Häufigkeit hast Du die von Dir unterstrichenen Substanzen konsumiert?

**Dein jetziger Zustand?**

- Ich bin clean
- Ich benötige klinischen Entzug
- Ich bin derzeit auf Entgiftung
  - in: \_\_\_\_\_
  - bis voraussichtlich: \_\_\_\_\_

**Frühere Entgiftungen:**

nein  ja Wieviele? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

**Frühere Therapien:**

nein  ja Wieviele? \_\_\_\_\_

Wann?	Wo?	Wielange?

**Rechtliche Angelegenheiten**

Nachgerichtlichen Verfahren müssen wir fragen. Es spielt jedoch für die Aufnahmeentscheidung keine Rolle, ob Du eine Therapieaufgabe hast. Entscheidend ist Deine Motivation.

- Noch keine Gerichtsverhandlung gehabt
- Habe schon \_\_ Verhandlungen hinter mir
- Habe noch \_\_ Verhandlungen offen
- Ich stehe unter Bewährung:

Dauer der ausgesetzten Strafe: \_\_\_\_\_

Dauer der Bewährung: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Therapieaufgabe

Ob ich mich derzeit in Haft:

- in der JVA \_\_\_\_\_
- Dauer der Reststrafe: \_\_\_\_\_

Ich war \_\_\_\_\_ Jahre meines Lebens in Haft

**Bekommst Du derzeit finanzielle Unterstützung...**

- vom Sozialamt
- vom Arbeitsamt
- Übergangsgeld
- von privater Stelle
- sonstiges: \_\_\_\_\_

**Bist Du zur Zeit in ärztlicher oder klinischer Behandlung?**

nein  ja Weshalb? \_\_\_\_\_

**Nimmst Du zur Zeit regelmäßig Medikamente?**

nein  ja Welche? \_\_\_\_\_

**Hast Du oder jemand aus Deiner Verwandtschaft einen Selbstmordversuch unternommen?**

nein  ja Wer? \_\_\_\_\_

**Hast Du eine Bezugsperson, zu der Du Vertrauen hast und die Dir geholfen hat?**

nein  ja:  
 Name: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_