**Treffpunkt**

1030 Wien, Radetzkystraße 31

Tel: 01/88010-1430

Fax: 01/88010-91430

e-mail: [treffpunkt@api.or.at](mailto: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 im  Herkunftsbundesland, 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**