

## Menschen mit seelischer Erkrankung und Menschen mit Suchterkrankung

### Medizinische Rehabilitation

#### Prozess: Aufnahme

#### Motivationsfragebogen

Sehr geehrte (r) Frau/Herr \_\_\_\_\_,

Sie haben sich um die Aufnahme im Rehabilitationszentrum für Menschen mit seelischer Erkrankung „Häuser am Latterbach“ beworben. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass eine solche Bewerbung in der Regel mit vielen Überlegungen, Erwartungen sowie auch Befürchtungen verbunden ist. Um uns auf Sie besser einstellen zu können, würden wir gerne von Ihnen erfahren, was Sie bewogen hat, sich an unsere Einrichtung zu wenden, welche Erwartungen Sie an uns stellen und welche Vorstellungen Sie im Hinblick auf Ihre Rehabilitation haben.

Um Ihnen die Beantwortung zu erleichtern, haben wir einen Fragebogen zusammengestellt. Die Beantwortung dieses Fragebogens ist auch eine gute Vorbereitung auf ein zukünftiges Vorstellungsgespräch. Bitte beantworten Sie deshalb alle Fragen in Ruhe. Hilfreich kann es auch sein, einzelne Fragen mit einem Menschen, dem Sie vertrauen – evtl. Ihrem Arzt, Ihrer Bezugsperson oder einem Angehörigen – zu besprechen.

**1) Wie bezeichnen Sie Ihre Erkrankung?**

**2) Beschreiben Sie bitte, was Sie an dieser Erkrankung derzeit am meisten belastet:**

**3) Fühlen Sie sich durch Ihre Erkrankung in Ihrem Leben und/oder in Ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt?**

Nein       Ja       Bitte beschreiben Sie die erlebte Beeinträchtigung:

**4) Trinken Sie alkoholische Getränke (z.B. Bier, Wein, Schnaps)?**

Nein       Ja

Wenn Ja, was? \_\_\_\_\_

Und wieviel? \_\_\_\_\_

- pro Tag
- pro Woche
- pro Monat

**5) Haben Sie in den letzten zwei Jahren illegale Drogen konsumiert?**

Nein       Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wie oft? \_\_\_\_\_

Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

**6) Besteht bei Ihnen zusätzlich zur psychiatrischen Erkrankung ein Suchtverhalten bzw. eine Suchterkrankung (z.B. Spielsucht, PC-Sucht, Medikamentenabhängigkeit)?**

Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wie oft? \_\_\_\_\_

Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

**7) Was sind aus Ihrer Sicht die Gründe dafür, eine medizinische Rehabilitation aufzunehmen?**

**8) Gibt es Befürchtungen, die Sie bei dem Gedanken an die medizinische Rehabilitation haben?**

**9) Welche Vorstellungen/Erwartungen haben Sie bezüglich dessen, was im Rahmen der medizinischen Rehabilitation auf Sie zukommt?**

(Die beiliegenden Unterlagen über unsere Einrichtung können Ihnen helfen Ihre Vorstellungen klarer zu fassen)

**10) Welche Unterstützungen oder Hilfen erwarten Sie von uns?**

11) Streben Sie nach Beendigung der medizinischen Rehabilitation eine berufliche Rehabilitation an?

- Nein  Ja
- Berufsausbildung/Umschulung
  - Wiedereingliederung in erlernten Beruf
  - Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt/im nicht erlernten Beruf
  - Tätigkeit auf einem geschützten Arbeitsplatz (Werkstatt für psychisch kranke Menschen, Selbsthilfefirma u. a.)

12) Wenn Sie eine berufliche Rehabilitation anstreben, glauben Sie, dass Sie sich dafür im Rahmen der medizinischen Rehabilitation besonders vorbereiten müssen?

Nein  / weshalb? Ja  / weshalb?

Wenn Sie noch persönliche Ergänzungen machen möchten, nutzen Sie bitte dieses Feld:

Dieses Formular wurde von mir selbst ausgefüllt.

Dieses Formular wurde mit Unterstützung von \_\_\_\_\_ ausgefüllt.

Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen gemeinsam mit den übrigen Unterlagen an uns zurück.

## Schweigepflichtsentbindung

Ich bin unterrichtet über die gesetzliche Schweigepflicht, der Ärzte, Diplompsychologen und staatlich anerkannte Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und deren Mitarbeiter unterliegen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Mitarbeitenden von Herzogsägmühle meine Mitteilungen und was anderweitig über mich bekannt wird austauschen und weitergeben können, soweit dies im Interesse der Hilfe für mich unbedingt erforderlich ist.

Ich bin damit einverstanden, dass bei anderen Stellen, bei denen ich betreut wurde, Auskünfte über mich angefordert werden können und entbinde diese Stellen von der Schweigepflicht.

Ich willige ein, dass zur Abklärung der Kostenfrage die der Herzogsägmühle überlassenen Arztberichte an die in Frage kommenden Kostenträger (Krankenversicherung, Rentenversicherung, Arbeitsamt u.ä.) übersandt werden dürfen.

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass die Mitarbeiter der Abteilungen Aufnahme und Verwaltung der Häuser am Latterbach die Kostenklärung für meinen vollstationären Aufenthalt in Herzogsägmühle in meinem Auftrag übernehmen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Interessent: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift rechtlicher Betreuer: \_\_\_\_\_