



SCHLOSSGARTEN  
Riggisberg

## Angaben zur Abhängigkeitserkrankung

Beilage zum Aufnahmegesuch

---

### 1. Personalien

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

---

### 2. Allgemeine Fragen

Welche Abhängigkeitserkrankung haben Sie?

Wie lange besteht die Abhängigkeitserkrankung?

Gemachte Therapien - wann, wo?

Abstinenz/ Suchtmittelfrei seit?

---

### 3. Suchtverhalten

Was wird konsumiert?

In welchen Situationen wird was konsumiert?

Wie viel wird pro Tag konsumiert?

Wo wird konsumiert?

Wie wird das Suchtmittel beschafft?

---

### 4. Krisen- und Risikosituationen

Beschreiben Sie, in welchen Situationen für Sie besondere Gefahren für den Suchtmittelkonsum bestehen:

Beschreiben Sie das Verhalten bei Suchtmittelkonsum:

(Rückzug, Schuldgefühle, Aggression/Gewalt, ...)



SCHLOSSGARTEN  
Riggisberg

---

Beschreiben Sie die Auswirkungen des Suchtmittelkonsums auf ihr Umfeld:  
(Konsum mit anderen Personen, Verkauf oder Handel an andere Personen, ...)

---

---

---

---

---

### 5. Unterstützungshilfen / Bewältigungsstrategien

Beschreiben Sie, was Ihnen hilft, um nicht konsumieren zu müssen oder kontrolliert konsumieren zu können:  
(Gespräche, Tagesstruktur, Vereinbarungen, ....)

---

---

---

---

---

---

---

### 6. Zielsetzung

- Abstinenz/ Suchtmittelfrei
- Kontrollierter Suchtmittelkonsum (z.B. abgemachte Grenzwerte oder Trinkmenge pro Tag einhalten)
- 
- 
- 

---

### 7. Vorgehen bei Überschreiten von Vereinbarungen

---

---

---

---

---

### 8. Ausgefüllt durch:

Unterschriften:

Ort, Datum: Antragssteller/in

---

Ort, Datum: Bezugsperson

---

Ort, Datum: Gesetzl. Vertretung

---