

Anmeldeformular

- Stationäre Sucht- und Sozialtherapie Muristrasse
- Betreutes Wohnen Muristrasse
- Betreutes Wohnen Schwandengut

Name: _____ Vorname: _____

Geb.dat.: _____ Heimatort: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____ Tel.: _____

eigene Wohnung

Zivilstand: _____ PartnerIn: _____

Kinder: _____

Beruf: _____ AHV-Nr.: _____

Krankenkasse: _____ Policen-Nr.: _____

Haftpflichtvers.-Nr.: _____

IV-Rente (%): _____ Massnahme nach Art. 60 StGB: ja nein offen

Gesetzliche Vertretung: _____

Adresse: _____

Tel: _____

Weitere Bezugspersonen: _____

Adresse: _____

Tel: _____

Medizinische Betreuung / Therapie / Beratung

Hausärztin/-arzt: _____

Adresse: _____

Tel: _____

Bei Klinikaufenthalt aktuell betreuende Ärztin / betreuender Arzt: _____

Adresse: _____

Tel: _____

Weitere Fachärztin/-arzt (z.B. Psychiatrie): _____

Adresse: _____

Tel: _____

Konsum/ Substanzen: _____

Substitution mit _____ Abgabestelle: _____

Krankheiten: _____

Weitere Medikamente: _____

Allergien: _____

Psychotherapie bei: _____

Adresse: _____

Tel: _____

Sozialdienst: _____

Adresse: _____

Tel: _____ E-Mail: _____

Kurze Problembeschreibung und Motivation

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte schicken Sie das Anmeldeformular für...

... die Stationäre Sucht- und Sozialtherapie Muristrasse und das Betreute Wohnen Muristrasse

per E-Mail an: st@suchttherapiebaern.ch

oder per Post an: suchttherapiebärn, Betriebsleitung Sozialtherapie, Muristrasse 37, 3006 Bern

... das Betreute Wohnen Schwandengut

per E-Mail an: schwandengut@suchttherapiebaern.ch

oder per Post an: suchttherapiebärn, Betreutes Wohnen Schwandengut, Schwanden 68, 3054 Schüpfen