



Eingangsfragebogen der Caritas Fachambulanz für Suchtprobleme, Hemauerstraße 10c, 93048 Regensburg

Angaben zur Person

Angaben in den farbig unterlegten Feldern benötigen wir zur Durchführung unseres Auftrages. Alle übrigen Angaben können Sie uns freiwillig zur Verfügung stellen. Sie erleichtern uns damit gegebenenfalls die Einschätzung Ihrer Situation und damit eine angemessene fallbezogene Beratung.

Form with fields for Name, Vorname, Geburtsname, Geschlecht, Geburtsdatum, Geburtsort, Staatsangehörigkeit, Adresse, Telefon, Handy, E-Mail, Lebenssituation, Wohnsituation, Bewährungsauflage, Auflagen, Führungsaufsicht.

Angaben zur Schulbildung, Berufsausbildung, Berufliche Situation

Form with fields for Schulbildung, Berufsausbildung, Beschäftigungsverhältnis, Derzeitige Tätigkeit.

**Suchtmittel, Aufnahmegrund (zutreffendes bitte ankreuzen)**

Alkohol	Medikamente	Drogen	Tabak	Essstörung	Glücksspiel
Betreuungsgrund <input type="checkbox"/> Eigene Problematik <input type="checkbox"/> Angehörige _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges _____					
Aufnahmegrund bzw. Vermittlung durch  <input type="checkbox"/> freiwillig, eigene Initiative <input type="checkbox"/> Familie, Angehörige, Freunde <input type="checkbox"/> Arbeitgeber, Betriebe, Schule <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Arzt, Psychiater, Psychologe <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Stat. Nachsorgeeinrichtung <input type="checkbox"/> Stat. Suchthilfeeinrichtung <input type="checkbox"/> Suchtberatungsstelle <input type="checkbox"/> Arbeitsamt, Sozialamt, Jugendhilfe <input type="checkbox"/> Andere Beratungsdienste <input type="checkbox"/> Justiz <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrische Dienste <input type="checkbox"/> Wohnungslosenhilfe <input type="checkbox"/> Straßenverkehrsbehörde <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppen <input type="checkbox"/> Leistungsträger, Krankenkasse <input type="checkbox"/> Sonstige _____ <input type="checkbox"/> Unbekannt					
Art der Kontaktaufnahme: <input type="checkbox"/> face to face <input type="checkbox"/> per Telefon <input type="checkbox"/> per Brief <input type="checkbox"/> per E-mail <input type="checkbox"/> per Online-Chat					

**Vorbehandlungen**

Vorbehandlungen, wenn ja wann zuletzt und in welcher Einrichtung?	<b>Entgiftung</b>	<b>Stationäre Behandlung</b>	<b>Ambulante Behandlung</b>	<b>Psychotherapie</b>

**Datenschutz und Schweigepflicht**

Umgang mit Ihren Daten und Schweigepflicht	Ihre personenbezogenen Daten werden nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften vertraulich behandelt, Datenschutz und Schweigepflicht werden gewahrt. D.h. wir geben Daten an Dritte nur mit Ihrer schriftlichen Zustimmung weiter. Etwas anderes gilt nur, wenn wir durch Gesetz zu Auskünften/Mitteilungen verpflichtet oder berechtigt sind.
Anonymisierte Datenverarbeitungen	Zum Nachweis unserer Tätigkeit gegenüber dem Träger unserer Einrichtung und gegenüber Erstattungsträgern und Zuschussgebern stellen wir Statistiken in anonymisierter Form zur Verfügung. Zudem kann es für eine optimale Beratung erforderlich sein, fallbezogene Daten im Rahmen der Supervision oder in Teambesprechungen auszutauschen. Ein Rückschluss auf Ihre Person ist in beiden Fällen vollkommen ausgeschlossen.
Informationen zum Datenschutz	Weitere Informationen zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten können Sie den Informationspflichten und Betroffenenrechten nach §15 KDG <sup>1</sup> entnehmen, welche wir Ihnen zur Einsicht zur Verfügung stellen.

- Ich habe die obigen Informationen gelesen und erteile durch meine Unterschrift meinem Berater/meiner Beraterin eine Entbindung der Schweigepflicht gegenüber den übrigen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle zur Urlaubs- und Krankheitsvertretung sowie zur internen Bearbeitung meiner Daten.
- Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine im Eingangsfragebogen angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere „besondere Arten von personenbezogenen Daten“ wie z.B. Daten über meine Gesundheit als auch weitere personenbezogene Daten, die während der Inanspruchnahme der Beratungsleistung anfallen, für eine kompetente Beratung erforderlich sind und bin daher mit der Verarbeitung dieser personenbezogenen Daten einverstanden.

**Die von mir erteilten Einwilligungen sowie die Entbindung von der Schweigepflicht kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ich bin darüber informiert worden, dass es im Fall des Widerrufs unter Umständen zu Einschränkungen in der Beratung kommen kann.**

.....  
Ort, Datum Unterschrift

**Darüber hinaus folgende Beratungsepisoden (Verweis auf obigen Text zur Schweigepflicht und dem Datenschutz)**

Ort, Datum	Unterschrift

<sup>1</sup> Das Gesetz über den Kirchlichen Datenschutz (KDG) als auch die Durchführungsverordnung zum Gesetz über den Kirchlichen Datenschutz (KDG-DVO) kann in der Einrichtung eingesehen werden.