DEUTSCHER ORDEN
ORDENSWERKE

Therapiezentrum OPEN| Robert-Bosch-Breite 1c | 37079 Göttingen

Ihr Ansprechpartner: Yvonne Lemanowicz
Telefon: + 49 (0) 551 900 498 120
Fax: +49(0) 551 900 498 100
E-Mail: yvonne.lemanowicz@deutscher-orden.de

Wir freuen uns, dass Sie sich für eine Adaptionsbehandlung im Therapiezentrum OPEN interessieren! Um uns die Möglichkeit zu geben, Sie besser kennen zu lernen, möchten wir Sie bitten, den folgenden Fragebogen auszufüllen und an uns zurückzusenden. **Den letzten Teil des Fragebogens lassen Sie bitte durch Ihren behandelnden Arzt ausfüllen.**

Nach Erhalt des ausgefüllten Fragebogens werden wir Ihnen mitteilen, ob die Voraussetzungen für eine Aufnahme erfüllt sind.

Zur Koordination der Aufnahmeplanung ist Frau Lemanowicz als Ansprechpartnerin für Sie erreichbar:
Telefon: 0551/900 498 120
E-Mail: open.aufnahme@deutscher-orden.de

Zuständiger Adaptionstherapeut ist Herr Wolf, welcher Auskunft zum Ablauf der Adaptionsbehandlung geben kann:
Telefon: 0551 900 498 141
E-Mail: Uwe.wolf@deutscher-orden.de

Gerne laden wir Sie ein, an unserer monatlich Informationsveranstaltung teilzunehmen.
Diese findet am ersten Mittwoch im Monat um 14:00h statt.
Melden Sie sich dafür verbindlich bei uns an.

Ihr Team vom Therapiezentrum OPEN

DEUTSCHER ORDEN
ORDENSWERKE

Bitte ausfüllen und zeitnah zurücksenden

Persönliche Angaben/Basisdaten		
Name:	Vorname:	Geb. Name:
Geb. Datum:	Geb. Ort:	
Straße:	PLZ:	Ort:
Mobilnummer:	E-Mail:	
Familienstand:	Staatsangehörigkeit:	

Aktueller Aufenthaltsstatus:
☐ unbefristeter Aufenthalt ☐ befristeter Aufenthalt ☐ Duldung
☐ Fiktionsbescheinigung ☐ abgelaufene Duldung ☐ im Asylverfahren
☐ Arbeitserlaubnis ☐ Wohnsitzauflage

Bis wann ist das Aufenthaltsdokument gültig?

Haben Sie einen gültigen Personalausweis? ☐ nein ☐ ja

Ich bewerbe mich mit Partner/Partnerin: ☐ nein ☐ ja,
Name: .....

Sprachkenntnisse			
Muttersprache:			
Lesen/Schreiben:	☐ gut	☐ ausreichend	☐ schlecht
Deutschkenntnisse:	☐ gut	☐ ausreichend	☐ schlecht

Vermittelnde Stelle	
Name & Adresse Beratungsstelle:	
Telefon: Fax:	E-Mail:
Name Suchberater:	

Nur für Adaptionsbewerber !!!	
Voraussichtlicher Entlassungstermin Fachklinik/Wechsel Adaption:	
Name Bezugstherapeut (Tel./E-Mail):	Name Sozialdienst (Tel./E- Mail):
In welchem Bereich können Sie sich ein Praktikum vorstellen?	

Erwerbssituation		
☐ erwerbstätig seit:	☐ krankgeschrieben seit:	☐ berentet seit:
☐ arbeitssuchend seit:	☐ in Schule/ Ausbildung seit:	☐ Gelegenheitsjob seit:

Ausbildung als:	
Letzte ausgeübte Tätigkeit, Arbeitgeber:	
Schulabschluss:	☐ nein ☐ ja: höchster Schulabschluss:

Finanzen:	
☐ Bürgergeld ☐ Übergangsgeld ☐ Krankengeld ☐ Sozialhilfe ☐ Sonstiges: :	
Welches Amt ist zuständig?	
Haben Sie Schulden, wenn ja, wie hoch?	☐ nein ☐ ja
Haben Sie ein eigenes Konto?	☐ nein ☐ ja

Versicherungsstatus	
Rentenversichert:	☐ nein ☐ ja, bei:
Versicherungsnummer:	
Krankenkasse Name und Adresse:	
Mitgliedsnummer:	Zuzahlungsbefreiung: ☐ nein ☐ ja
☐ selbst versichert ☐ familienversichert ☐ über Sozialhilfe versichert ☐ auslandsversichert	

Aktuelle Lebenssituation	
Aktuelle Wohnform (Wohnung, Wohnheim, Wohnungslos etc.):	
Mit wem leben Sie zusammen:	
Haben Sie einen Partner/Partnerin?: Wenn ja, wie ist der Familienstand (ledig, verheiratet, etc)	☐ nein ☐ ja
Haben Sie Kinder? Wenn ja, wie viele? Besteht Kontakt?	☐ nein ☐ ja
Haben Sie weitere soziale Kontakte (Freunde, Bekannte, Familie)?	☐ nein ☐ ja

Rechtliche Situation	
Sind Sie aktuell inhaftiert? Wenn ja, in welcher JVA	☐ nein ☐ ja:
Nach welchem Paragraphen werden Sie entlassen (§35 BtMG oder §57)?	
Haben Sie aktuell noch offene Verfahren? Wenn ja, wann ist die Verhandlung angesetzt?	☐ nein ☐ ja:
Falls Sie **nicht** in Haft sind, haben Sie eine gerichtliche Auflage? Wenn ja, welche?	☐ nein ☐ ja:
Wie oft waren sie bereits inhaftiert?	
Haben Sie ein Bewährungshilfe, wenn ja, bitte Name und Kontaktdaten angeben	☐ nein ☐ ja:
Haben Sie eine gesetzliche Betreuung, wenn ja, bitte Name und Kontaktdaten angeben	☐ nein ☐ ja

Suchtmittelkonsum

Welche Droge würden Sie als Ihre „Hauptdrogen" bezeichnen und wie alt waren Sie bei Konsumbeginn?

☐ Alkohol	____	☐ Methadon	____
☐ Amphetamin	____	☐ Metamphetamin	____
☐ Benzo	____	☐ Medikinet	____
☐ Buprenorphin	____	☐ Opiate	____
☐ Fentanyl	____	☐ Spice	____
☐ GBL	____	☐ THC	____
☐ Ketamin	____	☐ Tramal	____
☐ Kokain	____	☐ Tilidin	____
☐ MDMA	____	☐ Oxycodon	____
☐ MDPV	____		

☐Sonstige .....

Gab es Cleanzeiten ohne Kosum? Wenn ja, was war der Grund für die Cleanphase?	☐ nein ☐ ja :
Rauchen Sie Zigaretten? Wenn ja, wie viele am Tag und ab welchem Alter?	☐ nein ☐ ja:

Ist Spiel- und Mediensucht ein Thema, wenn ja, wie äußert sich dies bzw. wie fortgeschritten ist das Problem?	☐ nein ☐ ja:
Werden Sie aktuell substituiert? Wenn ja, wie hoch ist die aktuelle Menge: *(im OPEN keine Behandlung unter Substitut)*	☐ nein ☐ ja:
Wurden Sie in der Vergangenheit subsituiert? Wenn ja, welcher Zeitraum	☐ nein ☐ ja:

Vorbehandlungen und aktuelle Medizinische Situation

Haben Sie in der Vergangenheit eine Entgiftung gemacht? Wenn ja, wann und wo war die letzte Entgiftung: Anzahl der Entgiftungen gesamt:	☐ nein ☐ ja: ....

Haben Sie Therapieerfahrung (Drogenentwöhnung, Adaption, psychiatrische Erkrankungen etc)?
Wenn ja:

Zeitraum	***Behandlungsart Ambulant/stationär***	***Name der Einrichtung***	***Entlassungsform***

Waren oder sind Sie in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung? Wenn ja, warum (Diagnosen)? Wurden Medikamente verschrieben? Wenn ja, welche?	☐ nein ☐ ja:
Wichtige Vorerkrankungen, aktuelle Erkrankungen, Beschwerden oder Beeinträchtigungen Wenn ja, welche:	☐ nein ☐ ja:

Aktuelle Medikation? Wenn ja: Oder Medikationsplan mitsenden	☐ nein ☐ ja:	
	Medikament	*Dosierung*
Sind relevante Erkrankungen in der Familie bekannt? Wenn ja, welche?	☐ nein ☐ ja:	
Haben Sie einen Behinderungsgrad(GdB)? Wenn ja, wie hoch?	☐ nein ☐ ja:	
Motivation		
Aktueller Anlass eine Therapie zu machen		
Welche Themen sind Ihnen wichtig?		
Was sind Ihre Ziele?		
Erfahren Sie Unterstützung aus Ihrem Umfeld? Wenn ja, durch wen und wie?	☐ nein ☐ ja:	
Was sollten wir sonst noch wissen oder wollen Sie uns mitteilen?		

DEUTSCHER ORDEN
ORDENSWERKE

6

Platz für Nachträge und sonstige Informationen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Danke 😊

DEUTSCHER ORDEN
ORDENSWERKE

Bewerberfragebogen Adaption Therapiezentrum OPEN

Vom behandelnden Arzt/behandelnder Ärztin der Einrichtung auszufüllen!!!

Name, Vorname und Geburtsdatum: _____

Geplanter Entlassungstermin/Wechsel Adaption: _____

Welche 1.) suchtmedizinischen, 2.) psychiatrischen, oder 3.) somatischen Diagnosen liegen bei dem*der Rehabilitand*in vor?

1. _____

_____

2. _____

_____

3. _____

_____

Sind Allergien oder Lebensmittelunverträglichkeiten bekannt?

nein ☐ ja ☐ _____

_____

_____

Welche qualitativen oder quantitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit sind gegeben?

_____

_____

Steht die ggf. zusätzlich vorliegende psychische Erkrankung im Vordergrund?

ja ☐ nein ☐ entfällt ☐

_____

DEUTSCHER ORDEN
ORDENSWERKE

Welche Medikamente werden verordnet?

_____

_____

_____

_____

_____

Ist der*die Rehabilitand*in hinsichtlich der ggf. zusätzlich vorliegenden psychischen oder körperlichen Erkrankung den Anforderungen an Selbstversorgung, eigenständiger Gestaltung des Tagesablaufes und den Belastungen einer Praktikumstätigkeit während der Adaption gewachsen?

ja ☐ nein ☐ entfällt ☐

Stehen in nächster Zeit Behandlungen an, durch die die Adaptionsbehandlung länger als 2 Wochen unterbrochen würde?

ja ☐ nein ☐ entfällt ☐

(Bei mehr als 2-wöchiger Unterbrechung der Adaptionsbehandlung, bzw. Arbeitsunfähigkeit wegen einer Erkrankung oder Krankenhausbehandlung muss die Adaptionsbehandlung in der Regel vorzeitig beendet werden)

_____ _____

(Datum) (Name, Unterschrift Arzt/Ärztin, Stempel)

DEUTSCHER ORDEN
ORDENSWERKE

Informationspflichten gemäß Artikel 13, 14 EU-DSGVO sowie §§ 13, 14 KDR-OG für Patienten

Gemäß der gesetzlichen Verpflichtung des Deutschen Ordens wird hiermit wie folgt über die Verwendung der personenbezogenen Daten der Patienten i.S.d. Artikel 13, 14 EU-DSGVO sowie der §§ 13, 14 KDR-OG informiert.

Soweit im Folgenden von „Patienten" die Rede ist, ist hiermit „Patienten und deren gesetzliche Vertreter/rechtliche Betreuer" gemeint.

Verantwortliche ist der:

Deutscher Orden

Ordenswerke

Anschrift: Klosterweg 1, 836629 Weyarn

Tel.: 008020906-0

Fax: 08020906-302

Betrieblicher Datenschutzbeauftragter:

Merentis DataSec GmbH,

Kurfürstenallee 130,

28211 Bremen

Herr Gerhard Stampe

Fon: 0421 2380462

Fax: 0421 2380410

datasec@merentis.com

Art der Daten
Relevante personenbezogene Daten sind insbesondere:
Personenstammdaten (Name, Adresse und andere Kontaktdaten) der Patienten sowie ihrer gesetzlichen Vertreter/rechtlichen Betreuer, Kommunikationsdaten (z.B. Telefon, E-Mail) der Patienten sowie ihrer gesetzlichen Vertreter/rechtlichen Betreuer, die Vertragsstammdaten (Vertragsbeziehung), die Betreuungsdokumentation (z.B. gesundheitliche Angaben, Verlaufsdokumentation etc.), die Vertragsabrechnungs- und Zahlungsdaten, die Planungs- und Steuerungsdaten sowie Auskunftsangaben von Dritten, z.B. von Behörden (z.B. Jugendamt, Gesundheitsamt etc.), Bevollmächtigten oder rechtlichen Betreuern.

Zwecke und Rechtsgrundlage der Verarbeitung
Die Verarbeitung personenbezogener Daten (Art. 4 Nr. 2 EU-DSGVO sowie § 4 Nr. 3 KDR-OG) erfolgt:

- aufgrund einer Einwilligung i.S.d. Art. 6 Abs. 1a EU-DSGVO sowie § 6 Abs. 1b KDR-OG,
- für die Erfüllung eines Vertrages oder zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen, die auf Anfrage des Betroffenen erfolgen i.S.d. Art. 6 Abs. 1b EU-DSGVO sowie § 6 Abs. 1c KDR-OG,
- zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung, der der Verantwortliche unterliegt i.S.d Art. 6 Abs. 1c EU-DSGVO sowie § 6 Abs. 1d KDR-OG, welche sich aus den Sozialgesetzbüchern ergibt,
- um lebenswichtige Interessen des Betroffenen oder einer anderen natürlichen Person zu schützen i.S.d. Art. 6 Abs. 1d EU-DSGVO sowie § 6 Abs. 1e KDR-OG.

Soweit den Ordenswerken des Deutschen Ordens eine Einwilligung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten für bestimmte Zwecke erteilt wurde, ist die Rechtmäßigkeit dieser Vereinbarung auf Basis der Einwilligung gegeben.

Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf wirkt jedoch erst für die Zukunft. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

Der Zweck der Verarbeitung kann wie folgt zusammengefasst werden:
Der Zweck der Verarbeitung besteht in der Erfüllung des Behandlungsvertrages.

Quellen
Die Ordenswerke des Deutschen Ordens, verarbeiten personenbezogene Daten, die sie im Rahmen des Behandlungsvertrages direkt vom Patienten erhält oder von Dritten, z.B. von Behörden (z.B. Jugendamt, Gesundheitsamt etc.), Bevollmächtigten oder rechtlichen Betreuern.

Empfänger von personenbezogenen Daten
Innerhalb und außerhalb des Unternehmens erhalten folgende Stellen die Daten des Patienten (Empfänger ausschließlich in Deutschland):

- Innerhalb des Unternehmens: die Leistungsabrechnung
- Andere Stellen außerhalb des Unternehmens:
  - an der Versorgung Beteiligte (wie z.B. Krankenkassen, Pflegekassen, Ärzte etc.),
  - Dienstleister wie z.B. bei Fehlerbehebung innerhalb einer Fernwartung.

Speicherung
Die Speicherung erfolgt mindestens für die Dauer des Behandlungsvertrages. Darüber hinaus erfolgt die Speicherung der Daten und entsprechenden Buchhaltungsunterlagen basierend auf den gesetzlich vorgegebenen Aufbewahrungsfristen für 10 Jahre.

Rechte der betroffenen Personen
Der Patient hat das Recht auf Auskunft über die ihn/sie betreffenden personenbezogenen Daten sowie auf Berichtigung, Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung. Weiterhin hat der Patient ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit. Genaueres hierzu in Abschnitt III der EU-DSGVO sowie ab §11 ff. KDR-OG.

Zum Widerspruchsrecht:
Der Patient hat das Recht, aus Gründen, die sich aus seiner/ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung ihn bzw. sie betreffender personenbezogener Daten, die aufgrund einer Datenverarbeitung im öffentlichen Interesse und einer Datenverarbeitung auf der Grundlage einer Interessenabwägung erfolgt, Widerspruch einzulegen; dies gilt auch für ein auf diese Bestimmung gestütztes Profiling.
Legt der Patient Widerspruch ein, werden die Ordenswerke des Deutschen Ordens seine personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeiten, es sei denn, sie können zwingende Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die die Interessen, Rechte und Freiheiten des Patienten überwiegen, oder wenn die Verarbeitung der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen dient.

Der Widerspruch kann formfrei erfolgen und sollte möglichst gerichtet werden an:

Deutscher Orden
Ordenswerke
Klosterweg 1, 83629 Weyarn
008020906-0

Beschwerderecht
Der Patient hat ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde.

Zuständige Aufsichtsbehörde:

Der Ordensdatenschutzbeauftragte:

Jupp Joachimski
Vorsitzender Richter am Bayerischen Obersten Landesgericht a.D.
Wittelsbacherring 9
53115 Bonn

Gründe für die Bereitstellung
Im Rahmen des Behandlungsvertrages muss der Patient nur diejenigen personenbezogenen Daten bereitstellen, die für die Begründung, Durchführung oder Beendigung der Behandlung erforderlich sind.
Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten ist sowohl gesetzlich als auch vertraglich vorgeschrieben und für einen Vertragsabschluss erforderlich.
Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten ist erforderlich, um die Leistungserbringung ordnungsgemäß durchführen zu können und um den gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen der Ordenswerke des Deutschen Ordens, nachkommen zu können.

Sonstiges
Die Ordenswerke des Deutschen Ordens nutzen keine automatisierten Verarbeitungsprozesse zur Herbeiführung einer Entscheidung über die Begründung und Durchführung der Behandlung. Die Daten des Patienten werden nicht mit dem Ziel verarbeitet, bestimmte persönliche Aspekte zu bewerten (Profiling).