



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

Göttingen,  
Ihre Ansprechpartnerin:  
Telefon:  
E-Mail:

**W**ir freuen uns, dass Sie sich für eine Adaptionstherapie 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](mailto:open.aufnahme@deutscher-orden.de)

**Zuständiger Adaptionstherapeut ist Herr Wolf, welcher Auskunft zum Ablauf der Adaptionstherapie geben kann:**

Telefon: 0551 900 498 141

E-Mail: [Uwe.wolf@deutscher-orden.de](mailto: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

**Therapiezentrum OPEN**  
Deutscher Orden Ordenswerke  
Suchtrehabilitation

Robert-Bosch-Breite 1c | 37079 Göttingen  
Tel.: +49 551 900498-0  
Fax: +49 551 900498-100  
[www.goettingen-suchthilfe.de](http://www.goettingen-suchthilfe.de)  
[www.ordenswerke.de](http://www.ordenswerke.de)

Bank: Sparkasse Göttingen  
BIC: NOLADE21Goe  
IBAN: DE892605000100290041  
USt ID Nr.: DE 812595456

Geschäftsführerin:  
Susanne Schnabel  
Aufsichtsratsvorsitzende:  
Pia Theresia Franke

Bitte ausfüllen und zeitnah zurücksenden

Persönliche Angaben/Basisdaten		
Name:	Vorname:	Geb. Name:
Geb. Datum:	Geb. Ort:	
Straße:	PLZ:	Ort:
Mobilnummer:	E-Mail:	
Familienstand:	Staatsangehörigkeit:	
<b>Aktueller Aufenthaltsstatus:</b> <input type="checkbox"/> unbefristeter Aufenthalt <input type="checkbox"/> befristeter Aufenthalt <input type="checkbox"/> Duldung <input type="checkbox"/> Fiktionsbescheinigung <input type="checkbox"/> abgelaufene Duldung <input type="checkbox"/> im Asylverfahren <input type="checkbox"/> Arbeitserlaubnis <input type="checkbox"/> Wohnsitzauflage		
<b>Bis wann ist das Aufenthaltsdokument gültig?</b>		
Haben Sie einen gültigen Personalausweis? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Ich bewerbe mich mit Partner/Partnerin: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name: .....		
Sprachkenntnisse		
Muttersprache:		
Lesen/Schreiben:	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> schlecht	
Deutschkenntnisse:	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> schlecht	
Vermittelnde Stelle		
Name & Adresse Beratungsstelle bzw. <b>für Adaptionbewerber!!!</b> Name & Adresse der Fachklinik		
Telefon:	E-Mail:	
Fax:		
Name Suchberater:		
Nur für Adaptionbewerber !!!		
Voraussichtlicher Entlassungstermin Fachklinik/Wechsel Adaption:		
Name Bezugstherapeut (Tel./E-Mail):	Name Sozialdienst (Tel./E-Mail):	
In welchem Bereich können Sie sich ein Praktikum vorstellen?		

<b>Erwerbssituation</b>		
<input type="checkbox"/> erwerbstätig seit:	<input type="checkbox"/> krankgeschrieben seit:	<input type="checkbox"/> berentet seit:
<input type="checkbox"/> arbeitssuchend seit:	<input type="checkbox"/> in Schule/ Ausbildung seit:	<input type="checkbox"/> Gelegenheitsjob seit:
Ausbildung als:		
Letzte ausgeübte Tätigkeit, Arbeitgeber:		
Schulabschluss:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: höchster Schulabschluss:	
<b>Finanzen:</b>		
<input type="checkbox"/> Bürgergeld <input type="checkbox"/> Übergangsgeld <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Sozialhilfe <input type="checkbox"/> Sonstiges: :		
Welches Amt ist zuständig?		
Haben Sie Schulden, wenn ja, wie hoch?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Haben Sie ein eigenes Konto?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>Versicherungsstatus</b>		
Rentenversichert:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei:	
Versicherungsnummer:		
Krankenkasse Name und Adresse:		
Mitgliedsnummer:	Zuzahlungsbefreiung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> über Sozialhilfe versichert <input type="checkbox"/> auslandsversichert		
<b>Aktuelle Lebenssituation</b>		
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)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Haben Sie Kinder? Wenn ja, wie viele? Besteht Kontakt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Haben Sie weitere soziale Kontakte (Freunde, Bekannte, Familie)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

3

<b>Rechtliche Situation</b>	
Sind Sie aktuell inhaftiert? Wenn ja, in welcher JVA	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
Nach welchem Paragraphen werden Sie entlassen (§35 BtMG oder §57)?	
Haben Sie aktuell noch offene Verfahren? Wenn ja, wann ist die Verhandlung angesetzt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
Falls Sie <b>nicht</b> in Haft sind, haben Sie eine gerichtliche Auflage? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
Wie oft waren sie bereits inhaftiert?	
Haben Sie ein Bewährungshilfe, wenn ja, bitte Name und Kontaktdaten angeben	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
Haben Sie eine gesetzliche Betreuung, wenn ja, bitte Name und Kontaktdaten angeben	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
<b>Suchtmittelkonsum</b>	
Welche Droge würden Sie als Ihre „Hauptdrogen“ bezeichnen und wie alt waren Sie bei Konsumbeginn?	
<input type="checkbox"/> Alkohol _____	<input type="checkbox"/> Methadon _____
<input type="checkbox"/> Amphetamin _____	<input type="checkbox"/> Metamphetamin _____
<input type="checkbox"/> Benzo _____	<input type="checkbox"/> Medikinet _____
<input type="checkbox"/> Buprenorphin _____	<input type="checkbox"/> Opiate _____
<input type="checkbox"/> Fentanyl _____	<input type="checkbox"/> Spice _____
<input type="checkbox"/> GBL _____	<input type="checkbox"/> THC _____
<input type="checkbox"/> Ketamin _____	<input type="checkbox"/> Tramal _____
<input type="checkbox"/> Kokain _____	<input type="checkbox"/> Tilidin _____
<input type="checkbox"/> MDMA _____	<input type="checkbox"/> Oxycodon _____
<input type="checkbox"/> MDPV _____	
<input type="checkbox"/> Sonstige .....	
<b>Welche Drogen konsumieren Sie aktuell?</b> .....	
.....	
Rauchen Sie Zigaretten? Wenn ja, wie viele am Tag und ab welchem Alter?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja :

4

Gab es Cleanzeiten ohne Kosum? Wenn ja, was war der Grund für die Cleanphase?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	
Ist Spiel- und Mediensucht ein Thema, wenn ja, wie äußert sich dies bzw. wie fortgeschritten ist das Problem?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	
Werden Sie aktuell substituiert? Wenn ja, wie hoch ist die aktuelle Menge: (im OPEN keine Behandlung unter Substitut)		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	
Wurden Sie in der Vergangenheit substituirt? Wenn ja, welcher Zeitraum		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	
<b>Vorbehandlungen und aktuelle Medizinische Situation</b>			
Haben Sie in der Vergangenheit eine Entgiftung gemacht? Wenn ja, wann und wo war die letzte Entgiftung:		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: .....	
Anzahl der Entgiftungen gesamt:		.....	
Haben Sie Therapieerfahrung (Drogenentwöhnung, Adaption, psychiatrische Erkrankungen etc)? Wenn ja:			
<b>Zeitraum</b>	<b>Behandlungsart Ambulant/stationär</b>	<b>Name der Einrichtung</b>	<b>Entlassungsform</b>
Waren oder sind Sie in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung? Wenn ja, warum (Diagnosen)?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	
Wurden Medikamente verschrieben? Wenn ja, welche?			

5

<p>Wichtige Vorerkrankungen, aktuelle Erkrankungen, Beschwerden oder Beeinträchtigungen</p> <p>Wenn ja, welche:</p>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	
<p>Aktuelle Medikation?</p> <p>Wenn ja: Oder Medikationsplan mitsenden</p>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	
	<p><b>Medikament</b></p>	<p><b>Dosierung</b></p>
<p>Sind relevante Erkrankungen in der Familie bekannt?</p> <p>Wenn ja, welche?</p>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	
<p>Haben Sie einen Behinderungsgrad(GdB)?</p> <p>Wenn ja, wie hoch?</p>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	
<p><b>Motivation</b></p>		
<p>Aktueller Anlass eine Therapie zu machen</p>		
<p>Welche Themen sind Ihnen wichtig?</p>		
<p>Was sind Ihre Ziele?</p>		



**Bewerberfragebogen Adaption Therapiezentrum OPEN**

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

**Name, Vorname und Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Kostenträger der Rehamaßnahme:** \_\_\_\_\_

**Geplanter Entlassungstermin/Wechsel Adaption:** \_\_\_\_\_

**Welche 1.) suchtmmedizinischen, 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

\_\_\_\_\_

**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 Praktikumsstätigkeit 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)

### Informationspflichtigen 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, Verlaufsdocumentation 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 ihm/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 ihm 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).