

## Bewerbungsbogen für das Prop-Therapiezentrum Aiglsdorf

Name:			
Vorname:			
Geburtsdatum und -ort:			
Derzeitige Wohnadresse:			
Eigene Telefonnummer:			
Nationalität:			
(Zuletzt) krankenversichert bei:	Name:	Versicherungsnr.:	
Zukünftiger Kostenträger:	Name:	Kosten beantragt?	

Hiermit entbinde ich folgende Personen von der Schweigepflicht gegenüber den Mitarbeitern des Therapiezentrum Aiglsdorf im Rahmen meiner Bewerbung für eine Therapie:

	Name und Anschrift	Telefonnummer & Fax
Drogenberater/Sozialdienst:		
Rechtsanwalt:		
Zuständige Vollstreckungsbehörde für Verfahren im Zusammenhang mit dem Therapieantritt (z.B. Staatsanwaltschaft):		
Weitere wichtige Personen (z.B. rechtl. Betreuer, Bewährungshelfer, Familie):		

Wurde bei Ihnen eine <b>psychiatrische Diagnose</b> gestellt, z. B. Psychose, Borderline-Störung, Angststörung, Depression, oder Ähnliches? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, nämlich:
Haben Sie HIV, Hepatitis (A, B, C), oder eine andere <b>medizinische Diagnose</b> ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, nämlich:
Nehmen Sie regelmäßig <b>Medikamente</b> ein? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, nämlich:

Bitte tragen Sie hier Ihre **juristische Situation** ein (alle offenen Verfahren, Haft- und Bewährungsstrafen), sofern es für Sie zutreffend ist. Bei Platzmangel bitte die Rückseite nutzen.

Delikt	Höhe der Strafe oder offene Verhandlung	Bewährung oder Haft	Aktenzeichen und zuständige Staatsanwaltschaft oder Gericht

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_