

# Fragebogen an Klienten 40+ der JDH

## Zur Person

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Beziehungsstatus:

- Ledig
- In einer Beziehung
- Geschieden
- Mit Kind(ern)
- Andere:

Wo haben Sie die längste Zeit ihres Lebens verbracht?

---

---

---

---

Seit wann konsumieren Sie Drogen?

---

---

---

---

Wie kam es zum 1. Kontakt mit psycho-aktiven Substanzen?

---

---

---

---

Seit wann sind Sie in Kontakt mit einer/mehreren Dienststellender JDH? (programme de substitution, niches, parentalité, Kontakt...)

---

---

---

---

## Ist-Zustand

Wie ist Ihre aktuelle Wohnsituation und wie zufrieden sind Sie?

---

---

---

Welches Einkommen haben Sie?

---

---

Wie werden Sie ihre Zeit in 10 Jahren verbringen?

---

---

---

Konsumieren Sie aktuell? \_\_\_\_\_

Wenn ja:

	Täglich	Wöchentlich	Selten	Nie
Alkohol				
Cannabis				
Ecstasy				
Kokain				
Heroin				
Benzodiazepine				

Wie fühlen Sie sich im Moment? (allgemeiner Zustand)

---

---

---

---

Wie ist ihr physischer Zustand? (wenn „nicht gut“, präzisieren)

---



---



---

Wie ist ihr psychischer Zustand? (wenn „nicht gut“, präzisieren)

---



---



---

Wurde bei Ihnen eine psychische Störung diagnostiziert? Wenn ja seit wann

	Ja	Nein
Depression		
Angststörung		
Persönlichkeitsstörung		
Psychose (wenn ja, welche genau)		
Andere: ADHS, usw.		

Erleben Sie Einschränkungen im Alltag? (Psychisch, physisch? Näher erläutern)

---



---



---

Haben Sie Probleme beim Erledigen täglicher Aufgaben/Haushaltsaktivitäten? (beim Essen, Wäsche machen, bei der körperlichen Hygiene, bei administrativen Tätigkeiten...)

---



---



---

Haben Sie noch Kontakte außerhalb der JDH?

---



---



---

Wie ist ihre Beziehung zu ihrer Familie?

---

---

---

---

Wie ist ihre Beziehung zu ihren Freunden?

---

---

---

---

Gibt es Personen Vertraute, (confident) im näheren Umfeld, nicht professioneller Natur? mit denen Sie sich regelmäßig unterhalten?

---

---

---

---

## In 10 Jahren

Wie denken Sie sieht Ihr Leben in 10 Jahren aus?

---

---

---

---

Was denken Sie über die Tatsache dass Sie älter werden? Ungeduldig, unwohl, gleichgültig...?

---

---

---

---

Wo wollen Sie in 10 Jahren wohnen?

---

---

---

---

Wie denken Sie wird ihr gesundheitlicher Zustand in 10 Jahren sein?

---

---

---

---

Wie denken Sie wird der Kontakt zu ihrer Familie in 10 Jahren sein?

---

---

---

---

Wie denken wird der Kontakt zu ihren Freunden in 10 Jahren sein?

---

---

---

---

Wie denken Sie dass sich Ihre sozialen Kontakte verändern werden?

---

---

---

---

Wie werden Sie ihre Zeit in 10 Jahren verbringen?

---

---

---

---

Was erwarten Sie in Zukunft von der Gesellschaft und der Regierung?

---

---

---

---

Haben Sie Wünsche bezüglich der Betreuung und Hilfe die Sie in Zukunft erhalten?

---

---

---

---

Abschließende Kommentare und Beobachtungen:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---