



Koordinationsstelle Arbeitsabklärung Sucht  
Malzgasse 30  
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 89 00  
E-Mail: [aas.gd@bs.ch](mailto:aas.gd@bs.ch)  
[www.sucht.bs.ch](http://www.sucht.bs.ch)

## **Anmeldung zur Behandlung / Beratung im Rahmen des Moduls Arbeitsabklärung Sucht (AAS)**

### **Personalien**

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht m w

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Land

Telefon

Mobil

Mailadresse

---

### **Drogen- und Alkoholmissbrauch**

Alkohol (jeglicher Gebrauch)

Heroin

Methadon

andere Opiate / Analgetika  
(nicht verordnete Schmerzmittel)

dämpfende Psychopharmaka (Barbiturale, Sedativa, Hypnotica, Tranquilizer)

Kokain

Amphetamine

Cannabinoide

Halluzinogene

Schnüffelstoffe

andere Substanzen:

Ist der/die Klient/Klientin aktuell in einer suchtspezifischen Beratung/Behandlung?    ja    nein

Wenn ja, welche?

---

**Weitere Informationen**

(z.B. Wohnsituation, rechtliche Situation, Soziales Umfeld, bisherige Anstellungen,  
Schul- und Berufsbildung, Vereinbarungen, Zielsetzungen)

---

**Zuständig bei der Sozialhilfe**

Name

Vorname

Telefon

Mobil

Mailadresse

---

Ort und Datum

# Schweigepflichtentbindung EINWILLIGUNG

## zur Entbindung von der ärztlichen/beruflichen Schweigepflicht

Anrede                      Herr                      Frau

Name

Vorname

geboren

entbindet die Abteilung Sucht und

Sozialhilfe Basel-Stadt SHB

Overall

Beratungszentrum Suchthilfe Region Basel

Blaues-Kreuz beider Basel

Universitäre Psychiatrische Kliniken UPK

Therapiezentrum Basel TZB

(Institution und Abteilung, sofern möglich auch Person)

der gegenseitigen Schweigepflicht

- Die Entbindung bezieht sich auf Daten, die für die Abklärung, Beratung und Behandlung der Klientin/des Klienten relevant sind und ist für deren Dauer gültig. Die Daten werden lediglich im Rahmen der Beratung oder Behandlung der Klientin/des Klienten verwendet.
- Der Klientin/dem Klienten ist bekannt, dass sie/er diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit per sofort widerrufen kann.
- Der Klient/die Klientin wurde ausführlich darüber informiert, aus welchem Grund und in welchem Umfang Daten erhoben werden, was mit diesen passiert und wie sie nach Ende der Behandlung gelöscht/vernichtet werden.

Ort und Datum

Unterschrift

Sozialhilfe Basel

Unterschrift

Klient/Klientin

(Blockschrift: Name und Titel Sozialarbeiter/in – Sacharbeiter/in der Sozialhilfe Basel)