



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)

## Indikationsstellung für das Modul AAS

### Klient/Klientin

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht m w

Nationalität

Zivilstand

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Telefon

Mobile

E-Mail

---

### Indikationsstelle

Institution

Name

Vorname

Telefon

E-Mail

---

### Sozialhilfe

Name

Vorname

Telefon

E-Mail

---

**1. Gewünschter Arbeitsbereich**

---

**2. Gewünschtes Arbeitspensum**

---

**3. Psychosoziale Anamnese / Gesundheitliche Situation**

---

**4. Ausbildung / Berufserfahrung (evtl. Lebenslauf)**

---

## 5. Motivation

a. aus Sicht des/der  
Klienten/Klientin

---

b. aus Sicht der  
Indikationsstelle

---

## 6. Vereinbarung Modul AAS

Während der Arbeitszeit dürfen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer (TN) des Moduls AAS nicht unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen nicht ärztlich verordneten Substanzen stehen.

Bei Verdacht auf Substanzkonsum hat Overall die Möglichkeit die TN während der Arbeitszeit zu sofort zu erfolgenden Atemluftkontrollen und Kurzabklärungen der zuständigen Suchtfachstelle zuzuweisen.

Bei Nichteinhaltung der Vereinbarung wird ein Standortgespräch einberufen. Dieses kann durch alle Beteiligten initiiert werden.

---

### Folgende Dokumente liegen bei:

Schweigepflichtentbindung

Ort und Datum

Unterschrift  
Indikationsstelle

Unterschrift  
Klient/Klientin

# Schweigepflichtentbindung EINWILLIGUNG

## zur Entbindung von der ärztlichen/beruflichen Schweigepflicht

Anrede                      Herr      Frau

Name

Vorname

Geburtsdatum

entbindet die Abteilung Sucht und

Beratungszentrum Suchthilfe Region Basel

Blaues-Kreuz beider Basel

Overall

Sozialhilfe Basel-Stadt SHB

Universitäre Psychiatrische Kliniken UPK (ADS, Janus)

Therapiezentrum Basel TZB

MUSUB

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  
Indikationsstelle

Unterschrift  
Klient/Klientin