

**ANSØGNINGSSKEMA – MÆLKEBØTTEN**

Behandlingen leveres af CSU – Center for Socialt Udsatte, Horsens kommune

Navn \_\_\_\_\_

CPR nr. \_\_\_\_\_

1. Ansøgningsdato \_\_\_\_\_

4. Har du en partner  Nej  Ja, Ikke samboende  Ja, samboende5. Er du dansk statsborger?  Ja  NejEr du født i Danmark?  Ja  NejEr mindst en af dine forældre dansk statsborger?  Ja  NejEr mindst en af dine forældre født i Danmark?  Ja  Nej

6. Samlet domslængde i måneder \_\_\_\_\_

7. Domstype (Sæt gerne flere krydser)

 Drab/Drabsforsøg  Seksuel kriminalitet  Vold  Sædelighedsforbrydelser Tyveri/hæleri/indbrud/indbrudstyveri  Salg af euforiserende stoffer Røveri  Færdselslov  Berigelseskriminalitet i øvrigt Våbenlov  Brandstiftelse  Anden særlov Andet - Hvis andet, hvad \_\_\_\_\_

8. Uddannelsesniveau (Sæt 1 kryds)

 Har ikke gennemført folkeskolens 9. klasse  Har gennemført folkeskolen til og med 9. klasse Har gennemført gymnasial eller højere uddannelse

9. Hvilken institutionstype er du på i øjeblikket? (Sæt 1 kryds)

 Fængsel alm. afdeling - åben  Fængsel alm. afdeling - lukket Fængsel Behandlingsafdeling - åben  Fængsel behandlingsafdeling lukket Fængsel – anden særafdeling  Arresthus  Frihed**Obs.** Er du i frihed, skriv da en kontakt mulighed: Evt. mail eller tlf.: \_\_\_\_\_11. Har du tidligere været i behandling?  Ja  Nej12. Hvis ja – Hvor?  Mælkebøtten (Døgnbehandling)  Ambulant behandling Nr. Snede Andet

13. Hvad er dit mål med at deltage i misbrugsbehandlingen? (Sæt 1 kryds)

 Ophør  Stabilisering/justere medicinforbrug  Reduktion Tilbagefaldsforebyggende/fastholde stoffrihed  Uafklaret

**14.** Hvad er hovedbegrundelsen for at du ønsker at komme i behandling (Sæt gerne flere krydser)

**Fysisk**

- Ønske om stoffrihed = ophør       Ønske om at justere/stabilisere mit medicinforbrug
- Reducere sidemisbrug       Ønske om hjælp til at få det bedre fysisk
- Ingen af ovenstående/ Andet: \_\_\_\_\_

**Psykisk:**

- Roligere afsoning       Hjælp til at få det bedre psykisk       Væk fra pres fra medindsatte
- Ingen af ovenstående/ Andet: \_\_\_\_\_

**Socialt**

- Ønske om ophør af kriminalitet       Forbedre min løsladelsessituation (fx bolig, økonomi mm)
- Ønsker bedre faciliteter       Ønske om at blive bedre til at omgås andre mennesker
- Ønske om at forbedre forhold til Familie og/eller venner       Støtte til løsning af praktiske hverdagsgøremål (indkøb, madlavning, rengøring, selvpleje/hygiejne)
- Ingen af ovenstående/ Andet: \_\_\_\_\_

**15.** Debutalder – Hvor gammel var du første gang du indtog?

Hash: \_\_\_\_\_

Alkohol: \_\_\_\_\_

Andre stoffer: \_\_\_\_\_

**16.** Hvor mange år har du haft et aktivt misbrug af:

Hash: \_\_\_\_\_

Alkohol: \_\_\_\_\_

Andre stoffer: \_\_\_\_\_

**17.** Hvad er dit præferencestof? (Sæt 1 kryds)

- Opioder (Heroin mfl.)       Amfetamin mfl.       Kokain
- Hash       Alkohol       Benzodiazepiner
- Hallucinogener       Andet

**18.** Er du i substitutionsbehandling?       Ja       Nej

Hvis ja – Hvilken behandling       Metadon       Suboxone/subotex

Andet – hvilken \_\_\_\_\_

19. Indenfor de sidste 30 dage, hvor mange måltider har du indtaget i gennemsnit

Om dagen \_\_\_\_\_

Sammen med andre \_\_\_\_\_

20. Vægt \_\_\_\_\_

Højde \_\_\_\_\_

21. Aflægger du rene urinprøver?  Ja  Nej

22. Hvilke af nedenstående indtægtskilder har du haft de sidste 30 dage inden frihedsberøvelse? (sæt gerne flere krydser)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> SU                         | <input type="checkbox"/> Arbejdsløshedsdagpenge | <input type="checkbox"/> Illegale aktiviteter |
| <input type="checkbox"/> Aktivering/Løn med tilskud | <input type="checkbox"/> Anden offentlig ydelse | <input type="checkbox"/> Sygedagpenge         |
| <input type="checkbox"/> Selvstændig                | <input type="checkbox"/> Ordinær ansættelse     | <input type="checkbox"/> Revalideringsydelse  |
| <input type="checkbox"/> Førtidspension/Pension     | <input type="checkbox"/> Anden indtægt          |   |

23. Hvad var din boligsituation før du kom i fængsel? (Sæt 1 kryds)

- |   |  |  |                                     |
|---|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ejer bolig         | <input type="checkbox"/> Lejer bolig       | <input type="checkbox"/> Hos familie             | <input type="checkbox"/> Hos venner |
| <input type="checkbox"/> Herberg/Pensionat  | <input type="checkbox"/> Gaden/Ingen bolig | <input type="checkbox"/> Institution/støttebolig |                                     |
| <input type="checkbox"/> Andet – Hvor _____ |  |  |                                     |

24. Har du haft kontakt til følgende indenfor de sidste 30 dage? (Sæt 1 kryds i hver linje)

**Mor:**

- |                             |  |   |  |
|-----------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej/Har ingen | <input type="checkbox"/> Nej/Ønsker kontakt | <input type="checkbox"/> Nej/Ønsker ikke kontakt |
|-----------------------------|--|---|--|

**Far:**

- |                             |  |   |  |
|-----------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej/Har ingen | <input type="checkbox"/> Nej/Ønsker kontakt | <input type="checkbox"/> Nej/Ønsker ikke kontakt |
|-----------------------------|--|---|--|

**Søskende**

- |                             |  |   |  |
|-----------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej/Har ingen | <input type="checkbox"/> Nej/Ønsker kontakt | <input type="checkbox"/> Nej/Ønsker ikke kontakt |
|-----------------------------|--|---|--|

**Partner/ægtefælle**

- |                             |  |   |  |
|-----------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej/Har ingen | <input type="checkbox"/> Nej/Ønsker kontakt | <input type="checkbox"/> Nej/Ønsker ikke kontakt |
|-----------------------------|--|---|--|

**Børn**

- |                             |  |   |  |
|-----------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej/Har ingen | <input type="checkbox"/> Nej/Ønsker kontakt | <input type="checkbox"/> Nej/Ønsker ikke kontakt |
|-----------------------------|--|---|--|

**Anden vigtig familie**

- |                             |  |   |  |
|-----------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej/Har ingen | <input type="checkbox"/> Nej/Ønsker kontakt | <input type="checkbox"/> Nej/Ønsker ikke kontakt |
|-----------------------------|--|---|--|

**Nære venner**

- |                             |  |   |  |
|-----------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej/Har ingen | <input type="checkbox"/> Nej/Ønsker kontakt | <input type="checkbox"/> Nej/Ønsker ikke kontakt |
|-----------------------------|--|---|--|

---

25. Indenfor de sidste 30 dage, Hvor mange dage har du oplevet søvnproblemer? \_\_\_\_\_

26. Hvor mange dage pr. uge har du været fysisk aktiv? \_\_\_\_\_

27. Hvor mange dage pr. uge har du gjort noget du har fortrudt efterfølgende? \_\_\_\_\_

27a. Uddyb \_\_\_\_\_

Hvor mange dage indenfor de sidste 30 dage, har du oplevet at (Skriv antal dage på linjen)

28. være DEPRIMERET? \_\_\_\_\_

29. have SVÆR ANGST? \_\_\_\_\_

30. have KONCENTRATIONSPROBLEMER? \_\_\_\_\_

31. have HALLUCINATIONER? \_\_\_\_\_

32. MISTE KONTROLLEN OVER EGEN AGGRESSIV/  
VOLDELIG ADFÆRD? \_\_\_\_\_

34. have SELVMORDSTANKER? \_\_\_\_\_

35. forsøgt SELVMORD \_\_\_\_\_

37. Indenfor de sidste 30 dage, hvor bekymret eller besværet har du været af disse psykiske eller følelsesmæssige problemer (Sæt 1 kryds)

Ikke bekymret                       Ubetydeligt bekymret                       Moderat bekymret

Betydeligt bekymret                       Meget bekymret

38. Hvor vigtigt er det for dig nu at blive behandlet for disse psykiske/følelsesmæssige problemer?

Ikke vigtigt                       Ikke særlig vigtigt                       Noget vigtigt

Særdeles vigtigt                       Meget vigtigt

39. Får du medicin på grund af nogle af de ovenstående problemer?  Ja                       Nej

Hvor mange dage indenfor de sidste 30 dage har du

40. haft konflikter med andre, der betyder noget for dig, eks. familie eller venner? \_\_\_\_\_

41. haft lyst til at tage rusmidler? \_\_\_\_\_

42. brugt/taget rusmidler? \_\_\_\_\_

43. undladt at bruge/taget rusmidler fordi du ikke har kunnet få dem? \_\_\_\_\_

44. Hvor bekymret eller besværet har du været pga. rusmidler de sidste 30 dage (sæt 1 kryds)

- Ikke bekymret                       Ubetydeligt bekymret       Moderat bekymret  
 Betydeligt bekymret               Meget bekymret

45. Hvor vigtigt er det for dig nu at blive behandlet for disse rusmiddelsproblemer? (sæt 1 kryds)

- Ikke vigtigt                       Ikke særlig vigtigt       Noget vigtigt  
 Særdeles vigtigt                       Meget vigtigt

Indenfor de sidste 30 dage inden indskrivning, hvor mange dage har du oplevet problemer med

46. Alkohol                      \_\_\_\_\_

47. Stoffer                      \_\_\_\_\_

*CSU opbevarer alle skemaer elektronisk, og data fra skema indtastes i elektronisk fagsystem.*