

Anmeldebogen bitte zurück an:



Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe
Bundesverband e.V.
Luisenplatz 3

34119 Kassel

oder per Mail an: s.limpert@freundeskreise-sucht.de

Anmeldung zur themenbezogenen Mitarbeit im Bundesverband

Name, Vorname

E-Mail Adresse / Telefon

Anschrift

Landesverband / Freundeskreis

Ich habe persönlich oder durch mein nahes Umfeld Erfahrungen mit:
(Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen sind möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alkoholabhängigkeit | <input type="checkbox"/> Heroinabhängigkeit |
| <input type="checkbox"/> Amphetaminabhängigkeit | <input type="checkbox"/> Kokainabhängigkeit |
| <input type="checkbox"/> Cannabisabhängigkeit | <input type="checkbox"/> Medienabhängigkeit |
| <input type="checkbox"/> Crystal-Meth Abhängigkeit | <input type="checkbox"/> Medikamentenabhängigkeit |
| <input type="checkbox"/> Esssucht | <input type="checkbox"/> Spielsucht (z.B. Videospiele) |
| <input type="checkbox"/> Glücksspielsucht | <input type="checkbox"/> Sexsucht |
| <input type="checkbox"/> Weiteres: _____ | |

Ich bin:

(Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen sind möglich)

- selbst von einer Sucht-/Abhängigkeitserkrankung betroffen.
- als angehörige Person von Sucht betroffen, durch:
 - mein Kind
 - meine Eltern
 - meine*n Partner*in
 - meine Geschwister
- Weiteres: _____

Technische Möglichkeiten:

(Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen sind möglich)

- Ich verfüge über Word-Kenntnisse und kann Texte in Word schreiben.
- Ich habe die technischen Voraussetzungen und Kenntnisse, um an einer Videokonferenz teilzunehmen.

Art der Mitarbeit:

- Ich möchte mich mit meinen Erfahrungen beteiligen.
- Ich möchte mit meine Erfahrungen Berichte für das Freundeskreis-Journal verfassen.

Was motiviert mich zur Mitarbeit im Bundesverband?

Wo liegen meine Stärken?

Datennutzung und -verarbeitung:

- Ich bin damit einverstanden, dass meine hier angegebenen Daten zu dem oben genannten Zweck vom Bundesverband der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe e.V. gespeichert, verarbeitet und für eine persönliche Kontaktaufnahme durch den Bundesverband der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe e.V. genutzt werden.

Ich kann eine Berichtigung und Löschung einzelner personenbezogener Daten gegenüber dem Bundesverband der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe e.V. zu jeder Zeit verlangen. Ich kann zu jeder Zeit und ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und meine Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft vollständig widerrufen. Ich kann zu jeder Zeit eine Auskunft über meine gespeicherten personenbezogenen Daten verlangen.

- Ich bin damit einverstanden, dass ich, bei Publikationen, an denen ich mitgewirkt habe, namentlich und mit meiner Funktion erwähnt werde.

Durch die Abgabe meiner Anmeldung beim Bundesverband der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe e.V. erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Landesverband über meine Anmeldung informiert wird.

Datum, Ort

Unterschrift