



## Einverständniserklärung zum Drogenkontrollprogramm

Sie haben sich entschlossen, an einem Drogenkontrollprogramm teilzunehmen, um Ihre Drogenabstinenz zu belegen.

Bitte nennen Sie als erstes Ihre Kontaktdaten (bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen):

\_\_\_\_\_  
(Vorname Nachname)

\_\_\_\_\_  
(Straße Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(Postleitzahl Ort)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum)

Das Drogenkontrollprogramm soll durchgeführt werden:

- über ein halbes Jahr im Umfang von mindestens 4 Urinkontrollen
- über ein ganzes Jahr im Umfang von mindestens 6 Urinkontrollen
- über \_\_\_ Monate im Umfang von mindestens \_\_\_ Urinkontrollen

in

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Berlin, Carmerstraße 1                | <input type="checkbox"/> Hamburg-Mitte, Steindamm 9         |
| <input type="checkbox"/> Berlin, Frühlingstraße 8              | <input type="checkbox"/> Kassel, Lange Straße 9             |
| <input type="checkbox"/> Buchloe, Hindenburgstraße 2 b         | <input type="checkbox"/> Mainz, Münsterplatz 1              |
| <input type="checkbox"/> Dortmund, Martinstraße 1              | <input type="checkbox"/> München, Weißenburger Straße 43    |
| <input type="checkbox"/> Düsseldorf, Friedrich-Ebert-Straße 32 | <input type="checkbox"/> Nürnberg, Ritter-von-Schuh-Platz 3 |
| <input type="checkbox"/> Frankfurt, Düsseldorfer Straße 1-7    | <input type="checkbox"/> Stuttgart, Seelbergstraße 14       |
| <input type="checkbox"/> Hamburg-Harburg, Schloßmühlendamm 4   |   |

Sie können nun Zeiten nennen, zu denen Sie nicht erreichbar sein werden / keine Termine zur Urinabnahme möglich sein werden (z. B. Urlaub, geplante Krankenhausaufenthalte, arbeitsbedingte Nichterreichbarkeit):

\_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie außerdem, dass Sie bei einer:

- Programmdauer von 6 Monaten insgesamt nicht länger als 4 Wochen (28 Tage) abwesend sein dürfen
- Programmdauer von 12 Monaten insgesamt nicht länger als 8 Wochen (56 Tage) abwesend sein dürfen und eine Abwesenheitsdauer von 6 Wochen am Stück (42 Tage) nicht überschreiten dürfen
- Außerdem ist eine Abwesenheit in den ersten beiden Wochen des Programms leider nicht möglich

Bitte teilen Sie uns nun eine (höchstens zwei) Telefonnummern mit ständiger Erreichbarkeit (ggf. auch per Anrufbeantworter/Mailbox) mit:

➤ Telefon/Handy: \_\_\_\_\_

Wir können Sie auch per E-Mail zu den Urinkontrollen einladen. Wenn Sie dies wünschen, teilen Sie uns bitte Ihre E-Mail-Adresse mit:

➤ E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich erkläre hiermit, dass ich die „Vertragsbedingungen zum Drogenkontrollprogramm“ der AVUS GmbH zur Kenntnis genommen habe und damit einverstanden bin. Insbesondere habe ich zur Kenntnis genommen, dass bei Nichteinhaltung der Vertragsbedingungen das Drogenkontrollprogramm abgebrochen werden kann. Bitte beachten Sie, dass Sie unseren Anruf in Einzelfällen möglicherweise nicht in Ihrem Display erkennen können, da wir teilweise ohne Übermittlung unserer Rufnummer anrufen. Ggf. senden wir die Einladung zur Urinkontrolle auch per SMS.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift