

**Alte Flugschule
Marienberger Straße 122
09518 Großrückerswalde**

Ich möchte eine Langzeittherapie machen.

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Alter: _____

Geschlecht: _____

Ich habe bereits zu folgender Drogenberatungsstelle Kontakt:

Ich habe noch keinen Kontakt zu einer Drogenberatungsstelle:

Sonstige Bemerkungen:

Bitte schickt mir Informationsmaterial zu: