

 <b>Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll</b>		<b>RPK Hamburg</b> Rehabilitation für psychisch kranke Menschen
	<b>Bewerbungsbogen</b>	

Bitte ausgefüllt senden an:

RPK Hamburg  
 Soltstücken 6  
 22335 Hamburg

**Einverständniserklärung**

Im Rahmen des Bewerbungsverfahrens erkläre ich mich einverstanden, dass die zuständigen RPK-MitarbeiterInnen Vorbefunde und Berichte einholen und verwenden dürfen sowie mit den zuständigen Leistungsträgern in Kontakt treten können. Die Unterlagen werden im Patienten-Dokumentations-System (PADO) gespeichert.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit zurückgezogen werden.

**Angaben zur Person**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Ggf. Geburtsname \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**• Familienstand:**

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ledig           | <input type="checkbox"/> verheiratet |
| <input type="checkbox"/> mit Partner/in  | <input type="checkbox"/> geschieden  |
| <input type="checkbox"/> getrennt lebend | <input type="checkbox"/> verwitwet   |

**• Wohnsituation:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> bei den Eltern lebend | <input type="checkbox"/> alleinlebend   |
| <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft      | <input type="checkbox"/> mit Partner/in |
| <input type="checkbox"/> mit der Familie       | <input type="checkbox"/> mit Kinder/n   |
| <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen      |   |

**• Anzahl und Alter Ihrer Kinder:** \_\_\_\_\_

• **Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?**

- ja, Grad der Behinderung \_\_\_\_\_ Geltungsdauer bis: \_\_\_\_\_  
 beantragt  
 nein

• **Besteht eine gesetzliche Betreuung?**  Nein  Ja

\_\_\_\_\_  
Name des gesetzlichen Betreuers

\_\_\_\_\_  
Straße PLZ Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon Telefax

• **Aufgabenkreis(e):**  Aufenthaltsbestimmung  Gesundheitsfürsorge  Finanzen

**Krankenkasse**

\_\_\_\_\_  
Name:

\_\_\_\_\_  
PLZ: Ort:

\_\_\_\_\_  
Straße/Postfach:

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer:

- Pflichtversichert  
 Freiwillig versichert  
 Private Krankenkasse  
 Familienversichert, Name und Geburtsdatum des Mitglieds: \_\_\_\_\_

**Rentenversicherung**

\_\_\_\_\_  
Rentenversicherungsanstalt:

\_\_\_\_\_  
Rentenversicherungs-Nummer:

**Arbeitsverwaltung**

\_\_\_\_\_  
Mit welcher Agentur für Arbeit standen Sie zuletzt in Verbindung?

\_\_\_\_\_  
Wie lautet Ihre Stammnummer bei der Agentur für Arbeit?

**Finanzielle Situation**

• **Wie bestreiten Sie derzeit Ihren Lebensunterhalt?**

- Arbeitseinkommen  Grundsicherung  Kindergeld  
 Krankengeld  EU-Rente  Vermögen, Ersparnisse  
 ALG I  BU-Rente  Sonstiges  
 ALG II  Unterhalt, von wem: \_\_\_\_\_

• **Welche der o. g. Leistungen laufen in den nächsten Monaten aus?**

\_\_\_\_\_

• **Die Leistung ist bewilligt bis:** \_\_\_\_\_

## Bisherige Rehabilitationsmaßnahmen

- **Haben Sie bisher an medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen teilgenommen?**

Nein       Ja

von/bis	welche Maßnahme	wo	Kostenträger

- **Haben Sie bisher an beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen teilgenommen?**

(z. B. RPK, Umschulung, Berufsfindung, Arbeitserprobung, Arbeitstraining in einer Werkstatt, usw.)?

Nein       Ja

von/bis	welche Maßnahme	wo	Kostenträger

## Erkrankung und Behandlung

- **Der Beginn der Erkrankung war im Jahr:** \_\_\_\_\_

- **Bisherige klinische/tagesklinische Behandlungen:**

Name der Klinik/Tagesklinik	Behandlung von/bis

- **Sind Sie zurzeit in stationärer/tagesklinischer Behandlung?**

Nein       Ja

Name der Klinik \_\_\_\_\_ Station/Stationsarzt \_\_\_\_\_  
 Straße/Postfach \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

- **Bestehen**     körperliche Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_  
 Behinderungen: \_\_\_\_\_  
 andauernde Einschränkungen: \_\_\_\_\_  
 chronische körperliche Erkrankungen: \_\_\_\_\_  
 Allergien: \_\_\_\_\_

## Behandelnde Ärzte / Psychotherapeuten

- **Befinden/befanden Sie sich bei einem Psychiater/Neurologen/Nervenarzt (Facharzt) in Behandlung?**

Nein       Ja, seit: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Name des Facharztes \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
 Straße/Postfach \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

• **Befinden oder befanden Sie sich in psychotherapeutischer Behandlung?**

Nein       Ja, von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

• **Name und Anschrift Ihres Hausarztes (Allgemeinmedizin):**

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Straße/Postfach \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

**Suchtmittel**

• **Welche Drogen haben Sie bisher konsumiert?**

	Welche Drogen	Wann zuletzt	abstinent?
<input type="checkbox"/>	Cannabis		
<input type="checkbox"/>	Ecstasy, Amphetamine		
<input type="checkbox"/>	LSD		
<input type="checkbox"/>	Andere Drogen?, welche		
<input type="checkbox"/>	Nicht verordnete Medikamente		

• **Führen Sie bitte Menge und Art des von Ihnen konsumierten Alkohols pro Woche auf:**

(auch wenn Ihnen dies unproblematisch erscheint)

**keinen Alkohol**

Art: \_\_\_\_\_ Menge: \_\_\_\_\_

• **Können Sie während der Rehabilitation auf Drogen- und Alkoholgebrauch verzichten?**

Ja

Nein, weshalb nicht? \_\_\_\_\_

## Schul und Berufsausbildung

Welche Schule(n) haben Sie besucht?	Schuljahre von/bis	Erreichter Abschluss
<input type="checkbox"/> Sonderschule		
<input type="checkbox"/> Hauptschule		
<input type="checkbox"/> Realschule		
<input type="checkbox"/> Gymnasium		
<input type="checkbox"/> Berufsfachschule		
<input type="checkbox"/> Fachschule		
<input type="checkbox"/> Fachoberschule		
<input type="checkbox"/> Fachhochschule		
<input type="checkbox"/> Hochschule		
<input type="checkbox"/> Sonstige Schulen		

• **Welche Berufsausbildung(en) / Umschulung / Fortbildungen haben Sie gemacht?**

Ausbildung / Umschulung / Fortbildung als	von/bis	Art der abgelegten Prüfung

## Beschäftigungszeiten

• **Welche Tätigkeiten haben Sie bisher ausgeübt?**

(auch Bundeswehr, soziales/ökologisches Jahr, Bundesfreiwilligendienst, Au-Pair, usw.)

Art der Tätigkeit	von / bis

• **Haben Sie zurzeit einen Arbeitsplatz?**

Nein       Ja

\_\_\_\_\_  
Name des derzeitigen bzw. des letzten Arbeitgebers

• **war Ihre Erkrankung Grund für die Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bitte legen Sie – sofern möglich – einen tabellarischen Lebenslauf bei.**