

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 (PATFAK) 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:**

- ledig                       verheiratet  
 mit Partner/in             geschieden  
 getrennt lebend          verwitwet

• **Wohnsituation:**

- bei den Eltern lebend     alleinlebend  
 Wohngemeinschaft       mit Partner/in  
 mit der Familie          mit Kinder/n  
 betreutes Wohnen

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



## 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



## 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.**