

 Stiftung Freundeskreis		RPK Hamburg
	Bewerbungsbogen	

Bitte ausgefüllt senden an:

RPK Hamburg
Soltstücken 6

22335 Hamburg

Einverständniserklärung

Im Rahmen des Bewerbungsverfahrens erkläre ich mich einverstanden, dass die zuständigen RPK-Mitarbeiter*innen 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:**

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <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:** _____

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/Stationsärzt*in _____
 Straße/Postfach _____ PLZ _____ Ort _____

- Bestehen körperliche Vorerkrankungen: _____
- Behinderungen: _____
- andauernde Einschränkungen: _____
- chronische körperliche Erkrankungen: _____
- Allergien: _____

Behandelnde Ärzte / Psychotherapeuten

- Befinden/befanden Sie sich bei einer*m Psychiater*in/Neurolog*in/Nervenärzt*in (Fachärzt*in) in Behandlung?

Nein Ja, seit: _____ bis: _____

Name Fachärzt*in _____ Telefon _____
 Straße/Postfach _____ PLZ _____ Ort _____

Schul und Berufsausbildung

Welche Schule(n) haben Sie besucht?	Schuljahre von/bis	Erreichter Abschluss
<input type="checkbox"/> Förderschule		
<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.