

		<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 (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/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.**