

Bewerbungsbogen

Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH - Adaption



Wichtig: Bitte füllen Sie den Bogen sorgfältig am PC aus und lassen Sie ihn uns ausgedruckt zukommen, damit wir Ihnen schnell weiterhelfen können.

Kontaktdaten:

Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH – Adaption, Obere Schulstraße 13, 38875 Oberharz am Brocken OT Elbingerode, Tel.: +49 (0) 39454 48997-0 , Fax: +49 (0) 39454 48997-1 , E-Mail: adaption@diako-harz.de

Personalien					
Name:		Vorname:			
Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	Geburtsdatum:	Geburtsname:		Geburtsort:	
Telefon:		Mobil:		E-Mail:	
Straße:		PLZ:	Ort:		
Aktueller Aufenthaltsort / Klinikname:					
Familienstand:		Staatsangehörigkeit:		Kinder:	Wie viele?:
Schulbildung: <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> mittlere Reife <input type="checkbox"/> Abitur/Hochschulreife <input type="checkbox"/> kein Abschluss <input type="checkbox"/> sonstiges					
Vermittelnde Stelle					
Name Klinik / stationäre Einrichtung:					
Straße:		PLZ:		Ort:	
Telefon:		Fax:	E-Mail vom Bezugstherapeut:		
Name des Bezugstherapeut:				Datum der Entlassung:	
Ausbildung, Erwerbstätigkeit					
<input type="checkbox"/> erwerbstätig	seit:	Arbeitgeber:			
Adresse / Ort:					
<input type="checkbox"/> krank geschrieben	seit:	<input type="checkbox"/> arbeitslos < 12 Monate	seit:	<input type="checkbox"/> arbeitslos > 12 Monate	seit:
<input type="checkbox"/> berentet	seit:	<input type="checkbox"/> in Schule/ Ausbildung	seit:	<input type="checkbox"/> Minijob	seit:
Ausbildung als:			letzte ausgeübte Tätigkeit:		
bei (Arbeitgeber):			Adresse / Ort:		
Einkommensart					
<input type="checkbox"/> ALG I					
<input type="checkbox"/> Bürgergeld	bis wann bewilligt:				
<input type="checkbox"/> Übergangsgeld <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Sozialhilfe <input type="checkbox"/> sonstiges					

Bewerbungsbogen

Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH - Adaption



Versicherungsstatus	
Wann wird die derzeitige stationäre Therapie beendet (Wechsel in den Adaption) Datum:	
Rentenversichert: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei:	
Versicherungs-Nummer:	
Krankenkasse:	Krankenkasse (Ort):
Versicherungs-Nummer:	Gültigkeit KV-Karte:
<input type="checkbox"/> Pflichtversichert <input type="checkbox"/> Familienversichert <input type="checkbox"/> über das Amt versichert <input type="checkbox"/> Privatversichert	
Indikation	
Abhängigkeit von: <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Spielsucht	
Hauptdroge:	
Substituiert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Substitut:
Gesundheit	
Aktuelle Erkrankung(en): Aktuelle Befund(e) vorzeigen!	
Körperliche Erkrankungen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche?
Suizidversuche: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Dauermedikation: <input type="checkbox"/> ja (Wenn ja, bitte unten aufgeführte Medikamentenliste ausfüllen) <input type="checkbox"/> nein	
Allergien:	Lebensmittelunverträglichkeiten:
Medikamentenliste	
Bitte lassen Sie die Liste von Ihrem behandelnden Arzt oder Klinik drucken!	
Impfweis	
Da mittlerweile viele Praktikumsstellen, vor allem im sozialen und gesundheitlichen Bereich, einen vollständigen Impfschutz (Masern, Hepatitis usw.) erwarten, benötigen Sie hier Ihren Impfweis!	
Letzte Fragen	
Frühere Suchtbehandlung: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/> stationär	Wenn ja, wie viele?:
Bitte bisherige Behandlungen auf extra Blatt aufschreiben!	
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? <input type="checkbox"/> Recherche <input type="checkbox"/> Flyer <input type="checkbox"/> sonstiges:	
Haben Sie einen gerichtlich bestellten Betreuer? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, dann benötigen wir Name, Telefon und E-Mail.	
Kontaktdaten Betreuer:	

Bitte beachten Sie: Wir benötigen einen Lebenslauf, ein Motivationsschreiben und einen differenzierten Suchtverlauf von Ihnen!

Mit der Speicherung der angegebene Daten, Namen, Anschriften, Telefonnummern und Versicherungsträger in der Rehabilitationsdatei der Reha-Einrichtung bin ich einverstanden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht und sind dazu verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen einzuhalten.

Ort, Datum

Unterschrift