

Bewerbungsbogen

Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH - Adaption



Wichtig: Bitte füllen Sie den Bogen sorgfältig und leserlich aus, damit wir Ihnen schnell weiter helfen 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:	
Name des Vermittels / 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"/> ALG II	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"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> über Sozialhilfe versichert <input type="checkbox"/> auslandsversichert			
Indikation			
Abhängigkeit von: <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Spielsucht			
Drogenkonsum seit:		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 <small>(Wenn mehr, dann bitte Liste beifügen)</small>			
Medikament (z.B. Thyronajod)	Grund (z.B. Schilddrüse)	Dosierung (z.B. ½ Tablette tgl.)	Behandelnder Arzt
Letzte Fragen			
Frühere Therapien: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/> stationär			Wenn ja, wie viele?:
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? <input type="checkbox"/> Recherche <input type="checkbox"/> Flyer <input type="checkbox"/> sonstiges:			
Reisen Sie mit einem PKW an? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

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