

# 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](mailto: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"/> 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"/> 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): <b>Aktuelle Befund(e) vorzeigen!</b>	
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 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 angegebenen 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