

**Bewerbungsbogen**

Bitte diesen Bogen senden an:

Rudolf-Sophien-Stift  
RPK  
Frau Diez  
Leonberger Straße 220  
70199 Stuttgart

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

**Einverständniserklärung**

Im Rahmen des Bewerbungsverfahrens erkläre ich mich damit einverstanden, dass die zuständigen RPK-MitarbeiterInnen Vorbefunde und Berichte einholen und verwenden dürfen und mit den zuständigen Leistungsträgern sowie den zuweisenden Institutionen in Kontakt treten können. Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass die zuständigen MitarbeiterInnen im Rahmen des Antragsverfahren alle erforderlichen Gutachten zur Sicherung der Leistungsübernahme und zur Verdeutlichung des Rehabilitationsbedarfes direkt an den Leistungsträger (Krankenkasse, DRV, Arbeitsagentur, bzw. Jobcenter) per Brief sowie per Fax weiterleiten dürfen.

Um die Erstellung und Fortführung eines Rehabilitationsplanes zu gewährleisten, bin ich damit einverstanden, den Fragebogen den MitarbeiterInnen der RPK des Rudolf-Sophien-Stifts zu überlassen.

Mit der Aufnahme in die RPK des Rudolf-Sophien-Stifts erkläre ich mich einverstanden, dass eine Informationsweitergabe zwischen allen am rehabilitativen Prozess beteiligten MitarbeiterInnen sowie den zuständigen Leistungsträgern zu Zwecken meiner Rehabilitation erfolgen darf.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Angaben zur Person

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ ggf. Geburtsname \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

### Adresse:

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobilfunknummer \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Gibt es **weitere Kontaktmöglichkeiten**, über die wir Ihnen eine Nachricht zukommen lassen können?

Name \_\_\_\_\_ Mobilfunknummer \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### Familienstand:

- ledig  
 mit Partner/ in  
 getrennt lebend
- verheiratet  
 geschieden  
 verwitwet

### Wohnsituation:

- bei den Eltern lebend  
 Wohngemeinschaft  
 mit der Familie  
 betreutes Wohnen
- alleinlebend  
 mit Partner/in  
 mit Kinder/n

**Anzahl, Geschlecht und Alter Ihrer Kinder:** \_\_\_\_\_

### Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

- ja      Geltungsdauer bis: \_\_\_\_\_  
 beantragt       nein

## Unterstützende Personen

### Familienangehörige (z.B. Eltern, Partner/in)

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

**Ist Ihnen bei der Beantragung der RPK-Maßnahme ein/e Sozialarbeiter/in sonstige Person behilflich?**       Nein       Ja

Name \_\_\_\_\_

Institution / Einrichtung \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

**Besteht eine gesetzliche Betreuung:**       Nein       Ja

Name des gesetzlichen Betreuers \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

**Aufgabenkreis(e):**  Aufenthaltsbestimmung       Gesundheitsfürsorge       Finanzen

**Stehen Sie unter Bewährung:**       Nein       Ja

**Bewährungshelfer/in:** \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

## Krankenkasse

Name: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Straße/Postfach: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Pflichtversichert

Freiwillig versichert

Private Krankenkasse

Familienversichert, Name und Geburtsdatum des Mitglieds: \_\_\_\_\_

## Rentenversicherung

Rentenversicherungsanstalt: \_\_\_\_\_

Rentenversicherungs-Nummer: \_\_\_\_\_

## Arbeitsverwaltung

Mit welcher Agentur für Arbeit standen Sie zuletzt in Verbindung? \_\_\_\_\_

Wie lautet Ihre Stammnummer bei der Agentur für Arbeit? \_\_\_\_\_

## Finanzielle Situation

### Wie bestreiten Sie derzeit Ihren Lebensunterhalt?

Arbeitseinkommen

Grundsicherung  Kindergeld

Krankengeld

EU-Rente  Vermögen, Ersparnisse

ALG I

BU-Rente  Sonstiges

ALG II

Unterhalt, von wem: \_\_\_\_\_

Welche der o.g. Leistungen laufen in den nächsten Monaten aus?

Die Leistung ist bewilligt bis: \_\_\_\_\_

## 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 WfbM, 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, welche \_\_\_\_\_  
 Behinderungen, welche \_\_\_\_\_  
 andauernde Einschränkungen, welche \_\_\_\_\_  
 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?

Cannabis, wann zuletzt \_\_\_\_\_  Heroin, wann zuletzt \_\_\_\_\_  Opium, wann zuletzt \_\_\_\_\_  
 Ecstasy, wann zuletzt \_\_\_\_\_  Crack, wann zuletzt \_\_\_\_\_  LSD, wann zuletzt \_\_\_\_\_  
 Kokain, wann zuletzt \_\_\_\_\_  nicht verordnete Medikamente, wann zuletzt \_\_\_\_\_  
 Sonstige \_\_\_\_\_, wann zuletzt \_\_\_\_\_

Führen Sie bitte Menge und Art des von Ihnen konsumierten Alkohols pro Woche auf:  
(auch wenn Ihnen dies unproblematisch erscheint)

keinen Alkohol

\_\_\_\_\_  
Art Menge

\_\_\_\_\_  
Art Menge

Können Sie während der Rehabilitation auf Drogen- und Alkoholgebrauch verzichten?

Ja  
 Nein, weshalb? \_\_\_\_\_

## 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

\_\_\_\_\_  
Straße/Postfach

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

**Gründe für die Aufgabe des letzten Beschäftigungsverhältnisses:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bitte legen Sie einen tabellarischen Lebenslauf bei.**