



Anmelde-/Bewerbungsbogen

Adaption
Hirtenstein

| Personalien | | | |
|---------------------------|--|-------------|---|
| Name: | | Vorname: | |
| Geburtsname | | Geburtsort: | |
| Geburtsdatum: | | Geschlecht: | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers |
| Telefon / Mobil: | | | |
| Straße, Nr.: | | | |
| PLZ: | | Ort: | |
| Email: | | | |
| Familienstand: | | Kinder: | |
| Aktueller Aufenthaltsort: | | | |

| Vermittelnde Stelle | | | |
|--------------------------|--|------|--|
| Name der Klinik: | | | |
| Straße. Nr.: | | | |
| PLZ: | | Ort: | |
| Telefon: | | Fax: | |
| Email: | | | |
| Name Bezugstherapeut:in: | | | |

| Ausbildung/Erwerbstätigkeit | | |
|--|-------|--|
| <input type="checkbox"/> Schule / Ausbildung | seit: | |
| Ausbildung als: | | <input type="checkbox"/> mit Abschluss <input type="checkbox"/> ohne Abschluss |
| Weitere Ausbildungen: | | |
| <input type="checkbox"/> Erwerbstätig | seit: | |
| bei Arbeitgeber: | | |
| Anschrift AG: | | |
| <input type="checkbox"/> arbeitsunfähig | seit: | |
| <input type="checkbox"/> arbeitssuchend | seit: | |
| <input type="checkbox"/> berentet | seit: | |
| <input type="checkbox"/> Gelegenheitsjobs | seit: | |



Anmelde-/Bewerbungsbogen

Adaption
Hirtenstein

Dauermedikation: nein ja (dann bitte die unten aufgeführte Medikamentenliste ausfüllen)

Medikamentenliste

| Medikament | Grund (z.B. Schilddrüse) | Dosierung (z.B. ½ Tablette täglich) | Behandelnder Arzt/Ort (z.B. Dr. Muster/Musterort) |
|------------|--------------------------|-------------------------------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Letzte Fragen

| | | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|--|------------------------------------|
| Frühere Therapien: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> ambulant | <input type="checkbox"/> teilstationär | <input type="checkbox"/> stationär |
| Anzahl: | | | | |
| Letzte Therapie: | <input type="checkbox"/> Kurzzeit | <input type="checkbox"/> Langzeit | Wie wurde die Therapie beendet? <input type="checkbox"/> regulär <input type="checkbox"/> abgebrochen | |
| Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? | <input type="checkbox"/> Empfehlung | <input type="checkbox"/> Recherche | <input type="checkbox"/> Flyer | |
| | <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | | |

Wichtig: Bitte füllen Sie den Bogen sorgfältig und leserlich aus.

Kontakt Daten: Adaption Hirtenstein, Hirtenstein 1, 87538 Bolsterlang; Telefon: 08326 311-0/-118, Mail: adaption.hirtenstein@deutscher-orden.de

Bitte beachten Sie: Wir benötigen einen **Lebenslauf**, einen **Suchtverlauf** und ein **Motivations schreiben**. Bitte diese dem Anmeldebogen beifügen. Anschließend melden wir uns bei Ihnen bzgl. eines Vorstellungsgesprächs.

Information zum Datenschutz: Informationen, die das Aufnahmeverfahren betreffen, werden zwischen den Mitarbeitern der Beratungsstelle, der Rehabilitationseinrichtung und der Entzugsklinik ausgetauscht. Mit der Speicherung der angegebenen Daten, Namen, Anschriften, Telefonnummern und Versicherungsträgern in der Rehabilitationsdatei der Reha-Einrichtung bin ich einverstanden. Die MitarbeiterInnen unterliegen der Schweigepflicht und sind dazu verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen zum Sozialschutz einzuhalten.

Ort, Datum

Unterschrift