

Angaben zur Person

Name	Vorname
Geburtsdatum	Telefonisch erreichbar unter
PLZ, Wohnort	Straße, Hausnummer
Privatwohnung <input type="checkbox"/> WG <input type="checkbox"/> Wohnheim <input type="checkbox"/> Wohnsitzlos? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Familienstand: ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getr. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/>
Empfehlung für RPK durch: Name	Anschrift Tel.
Behandelnder Arzt Name	Anschrift Tel.
Psychiatrische Diagnose(n) seit wann?	Körperliche Erkrankungen
Letzter Krankenhausaufenthalt, Name der Klinik	Wann?
Schulabschluß	Berufsausbildung
Berentet seit ... Rentenverfahren: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	zuletzt in Schule, Ausbildung oder Beruf: krank geschrieben seit: Arbeitslos seit:
Krankenkasse (Name, Anschrift):	pfllichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> Name und Geburtsdatum des Mitglieds
Rentenversicherung: Versicherungsnummer:	Versicherungszeiten:

Ich beantrage die Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung als stationäre Maßnahme.

Ich beantrage die Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung als **teil**stationäre Maßnahme.
Das Rehabilitationszentrum kann ich mit öffentlichen Verkehrsmitteln bzw. mit meinem Privatfahrzeug täglich erreichen.

Erklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse und der Rentenversicherungsträger über den Antrag informiert wird. Ich bin damit einverstanden, dass die RPK von den Ärzten der Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe, oder die aus dem überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen anfordert, die für die Entscheidung und die Reha-Maßnahme erforderlich sind. Das schließt auch die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Ort, Datum

Unterschrift