Antrag zur Aufnahme
in die Reha-Einrichtung (RPK)
SRH RPK Karlsbad
Guttmannstraße 4
76307 Karlsbad

srh

Angaben zur Person

Name	Vorname
Geburtsdatum	Telefonisch erreichbar unter
PLZ, Wohnort	Straße, Hausnummer
Privatwohnung ☐ WG ☐ Wohnheim ☐ Wohnsitzlos? Ja ☐ nein ☐	Familienstand: ledig verh. getr. gesch. verw. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Empfehlung für RPK durch: Name:	Anschrift Tel.
Behandelnder Arzt Name	Anschrift Tel.
Psychiatrische Diagnose(n) seit wann?	Körperliche Erkrankungen
Letzter Klinikaufenthalt (Name der Klinik)	Zeitraum des letzten Klinikaufenthalts
Schulabschluss	Berufsausbildung
Berentet seit: Rentenverfahren: ja ☐ nein ☐	zuletzt in Schule, Ausbildung oder Beruf: krank geschrieben seit: Arbeitslos seit:
Krankenkasse (Name, Anschrift) Mitgliedsnummer	Pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ Rentner ☐ Familienversichert ☐ Name und Geb. des Mitglieds:
Rentenversicherung Versicherungsnummer	Rentenversicherungszeiten

☐ 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.

Einwilligungserklärung für die Übermittlung und Anforderung von personenbezogenen Daten im Rahmen Ihres Antrags zur Aufnahme in die Reha-Einrichtung (RPK)

( ) Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse über den Antrag informiert wird.
( ) Ich bin damit einverstanden, dass 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.
Ihre Einwilligungserklärung ist selbstverständlich freiwillig. Sie können sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen. Wir weisen aber darauf hin, dass ein Widerruf eine ordnungsgemäße Durchführung der Maßnahme verhindern könnte bzw. entstanden Kosten durch Sie getragen werden müssen, falls diese durch die fehlende Information nicht mehr vom Leistungsträger übernommen werden.
Ihren Widerruf senden Sie bitte an das Sekretariat der RPK Karlsbad.

Ort, Datum Unterschrift