

**Angaben zur Person**

Name	Vorname
Geburtsdatum	Telefon: E-Mail:
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. gesch. verw. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Empfehlung für RPK durch: Name:	Anschrift Tel.
<b>Behandelnder Arzt</b> 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 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	zuletzt in Schule, Ausbildung oder Beruf: krank geschrieben seit: Arbeitslos seit:
<b>Krankenkasse</b> (Name, Anschrift)  Mitgliedsnummer:	Pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Familierversichert <input type="checkbox"/> Name und Geb. des Mitglieds:
<b>Rentenversicherung</b> Versicherungsnummer:	Rentenversicherungszeiten
<b>Agentur für Arbeit:</b>	Kundennummer:  Ansprechpartner:

Ich beantrage die Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung als **stationäre Maßnahme**.

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

**Bitte beachten Sie, dass Sie die Einwilligungserklärung auf Seite 2 ausgefüllt mit zurücksenden müssen, da wir sonst keine Unterlagen an die Leistungsträger schicken dürfen.**

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

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse über den Antrag/die Aufnahme informiert wird.

Ich bin damit einverstanden, dass der Rentenversicherungsträger über den Antrag/die Aufnahme informiert wird.

Ich bin damit einverstanden, dass die zuständige AfA über den Antrag/die Aufnahme informiert wird.

Ich bin damit einverstanden, dass die RPK von den Ärzten und sonstigen Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe, oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen anfordert, die für die Entscheidung über die Reha-Maßnahme und für den Verlauf der 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. entstandene 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