

I Allgemeines:

Nachname, Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Anschrift:

Telefon:

Nationalität:

Hausarzt / Ort:

Nervenarzt / Psychiater/ Ort:

Psychotherapeut / Ort:

Ärztlicher Zuweiser / Ort:

Nichtärztliche Empfehlung für RPK (z.B.Psychosozialer Dienst):

Krankenversicherung:

Status:

Pflichtversichert

Privatversichert

Rentner

Familienversichert / Name:

Agentur für Arbeit:

Nr.:

II Angaben zu Ihrer Person:

Familienstand	01 - ledig <input type="checkbox"/>
	02 - verheiratet / eingetragene Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/>
	03 - getrennt lebend <input type="checkbox"/>
	04 - geschieden <input type="checkbox"/>
	05 - verwitwet <input type="checkbox"/>

Lebensform <i>(aktueller Status)</i>	01 - lebe allein <input type="checkbox"/>
	02 - Alleinerziehend <input type="checkbox"/>
	03 - in Partnerschaft <input type="checkbox"/>
	04 - in Partnerschaft mit Kindern <input type="checkbox"/>

Zahl der Kinder	01 - keine Kinder <input type="checkbox"/>
	02 - ein Kind <input type="checkbox"/>
	03 - zwei Kinder <input type="checkbox"/>
	04 - drei Kinder und mehr <input type="checkbox"/>

Wohnsituation	01 - eigene Wohnung <input type="checkbox"/>
	02 - eigene Wohnung mit ambulanter Betreuung <input type="checkbox"/>
	03 - Zimmer oder Wohnung bei den Eltern <input type="checkbox"/>
	04 - Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/>
	05 - Leben in einer Einrichtung <input type="checkbox"/>
	06 - ohne festen Wohnsitz <input type="checkbox"/>

Entfernung vom Wohnort zu unserer Einrichtung	01 - bis 20 km Umkreis	<input type="checkbox"/>
	02 - 21 bis 50 km Umkreis	<input type="checkbox"/>
	03 - 50 bis 100 km Umkreis	<input type="checkbox"/>
	04 - über 100 km Umkreis	<input type="checkbox"/>
Überwiegender Lebensunterhalt (aktueller Status)	01 - eigenes Arbeitseinkommen	<input type="checkbox"/>
	02 - finanzielle Unterstützung durch Angehörige	<input type="checkbox"/>
	03 - Krankengeld	<input type="checkbox"/>
	04 - Übergangsgeld	<input type="checkbox"/>
	05 - Arbeitslosengeld I	<input type="checkbox"/>
	06 - Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/>
	07 - Sozialhilfe / Grundsicherung	<input type="checkbox"/>
	08 - Ausbildungsbeihilfe / BaföG	<input type="checkbox"/>
	09 - BU/EU/Unfall-/Erwerbsminderungsrente	<input type="checkbox"/>
	10 - Sonstiges	<input type="checkbox"/>
Ergänzender Lebensunterhalt (aktueller Status)	01 - eigenes Arbeitseinkommen	<input type="checkbox"/>
	02 - finanzielle Unterstützung durch Angehörige	<input type="checkbox"/>
	03 - Krankengeld	<input type="checkbox"/>
	04 - Übergangsgeld	<input type="checkbox"/>
	05 - Arbeitslosengeld I	<input type="checkbox"/>
	06 - Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/>
	07 - Sozialhilfe / Grundsicherung	<input type="checkbox"/>
	08 - Ausbildungsbeihilfe / BaföG	<input type="checkbox"/>
	09 - BU/EU/Unfall-/Erwerbsminderungsrente	<input type="checkbox"/>
	10 - Sonstiges	<input type="checkbox"/>
Höchster Schulabschluss	01 - ohne Schulabschluss	<input type="checkbox"/>
	02 - Sonderschulabschluss	<input type="checkbox"/>
	03 - Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/>
	04 - Mittlere Reife oder vergleichbarer Abschluss	<input type="checkbox"/>
	05 - (Fach-) Abitur	<input type="checkbox"/>
	06 - noch Schüler	<input type="checkbox"/>
Höchster beruflicher Abschluss	01 - ohne Ausbildung / Anlernverhältnis/Schüler	<input type="checkbox"/>
	02 - Lehre oder vergleichbare Ausbildung	<input type="checkbox"/>
	03 - Fachschule oder vergleichbares	<input type="checkbox"/>
	04 - Fachhoch- oder Hochschule	<input type="checkbox"/>
	05 - zurzeit Schüler oder Student	<input type="checkbox"/>
	06 - zurzeit in beruflicher Ausbildung	<input type="checkbox"/>
Dauer aller sozialversicherungspflichtigen beruflichen Tätigkeit	01 - noch nie berufstätig gewesen	<input type="checkbox"/>
	02 - bis zu 1 Jahr	<input type="checkbox"/>
	03 - bis zu 5 Jahren	<input type="checkbox"/>
	04 - bis zu 10 Jahren	<input type="checkbox"/>
	05 - länger als 10 Jahre	<input type="checkbox"/>

Zeitraum zwischen letzter beruflicher Tätigkeit und jetzigem Zeitpunkt (inklusive Ausbildungszeiten)	01 - bis direkt vor der Aufnahme gearbeitet	<input type="checkbox"/>
	02 - bis 1 Jahr vor der Aufnahme gearbeitet	<input type="checkbox"/>
	03 - bis 5 Jahre vor der Aufnahme gearbeitet	<input type="checkbox"/>
	04 - länger als 5 Jahre vor der Aufnahme nicht gearbeitet	<input type="checkbox"/>
	05 - noch nie berufstätig gewesen	<input type="checkbox"/>

Erwerbs- und Ausbildungssituation <i>(aktueller Status)</i>	01 - allgemeiner Arbeitsmarkt - Vollzeit	<input type="checkbox"/>
	02 - allgemeiner Arbeitsmarkt - Teilzeit	<input type="checkbox"/>
	03 - Selbsthilfe/Integrationsbetrieb - Vollzeit	<input type="checkbox"/>
	04 - Selbsthilfe/Integrationsbetrieb - Teilzeit	<input type="checkbox"/>
	05 - WfbM Arbeitsbereich	<input type="checkbox"/>
	06 - Hinzuverdienst/Gelegenheitsarbeit (nicht in Schule/Ausbildung)	<input type="checkbox"/>
	07 - Schüler	<input type="checkbox"/>
	08 - Ausbildung (betrieblich)	<input type="checkbox"/>
	09 - Ausbildung (in geschütztem Rahmen / Bsp. BBW)	<input type="checkbox"/>
	10 - Umschulung (betrieblich)	<input type="checkbox"/>
	11 - Umschulung (in geschütztem Rahmen / Bsp. BFW)	<input type="checkbox"/>
	12 - Studium	<input type="checkbox"/>
	13 - sonst. berufsfördernde Maßnahme (z.B. BvB)	<input type="checkbox"/>
	14 - WfbM Berufsbildungsbereich	<input type="checkbox"/>
	16 - Erwerbsfähig und ohne Beschäftigung	<input type="checkbox"/>
17 - Erwerbs <u>un</u> fähig und ohne Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	
18 - Hausfrau/Hausmann	<input type="checkbox"/>	

Rente / Rentenanspruch	01 - derzeit bereits voller Rentenbezug	<input type="checkbox"/>
	02 - derzeit Teilrentenbezug	<input type="checkbox"/>
	03 - Rentenanspruch gestellt	<input type="checkbox"/>
	04 - derzeit kein Bezug oder Antrag	<input type="checkbox"/>

Schwerbehindertenausweis	01 - ja (50% und mehr GdB)	<input type="checkbox"/>
	02 - beantragt	<input type="checkbox"/>
	03 - nein	<input type="checkbox"/>

Gesetzliche Betreuung	01 - ja	<input type="checkbox"/>
	02 - beantragt	<input type="checkbox"/>
	03 - nein	<input type="checkbox"/>

Falls eine gesetzliche Betreuung vorliegt, geben Sie bitte an, für welche Bereiche:

- Gesundheit
- Finanzen
- Aufenthaltsbestimmung
- Behördliche Angelegenheiten

III Angaben zu Ihrer Erkrankung

Art der psychiatrischen Erkrankung / Diagnose:

Seit wann besteht diese Erkrankung (Jahr/Monate):

Bitte listen Sie alle psychischen Krankheitssymptome auf, an denen Sie derzeit leiden:

An welchen körperlichen Erkrankungen leiden Sie gegenwärtig?

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

Wünsche und Ziele bzgl. der Behandlung und des geplanten Aufenthaltes in der RPK:

Bisherige **ambulante** (fach-) ärztliche oder psychotherapeutische Behandlungen psychischer Erkrankungen:

Behandler / Ort	Jahr	Grund/Diagnose	Medikation

Bisherige **stationäre** (z.B. Klinikaufenthalt) und **teilstationäre** (z.B. Tagesklinik) Behandlungen psychischer Erkrankungen

Einrichtung / Ort	S = stationär, TS = teilstationär	Jahr	Grund/Diagnose	Medikation

Dauer der stationären und teilstationären Klinikaufenthalte insgesamt (in Monaten oder Jahren):

Bisherige Aufenthalte **in Rehabilitationseinrichtungen** (z.B. Übergangwohnheim oder Einrichtungen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation):

Einrichtung / Ort	von: bis:	Grund/Diagnose

Medizinische / psychiatrische und/oder psychologische Begutachtungstermine beim Arbeitsamt oder beim Rentenversicherungsträger:

Gutachter / Institution / Ort	Datum:	Grund/Diagnose