

## Antrag zur Aufnahme in die Reha-Einrichtung (RPK) SRH RPK Karlsbad GmbH

### Bitte wählen Sie einen Standort

- Standort Karlsbad  
 Guttmannstr. 4  
 76307 Karlsbad
- Standort Wiesloch  
 Zwischen den Wegen 47  
 69168 Wiesloch

### Angaben zur Person

Name	Vorname
Geburtsdatum	Telefon: E-Mail:
PLZ, Wohnort	Straße, Hausnummer
Bei Kontaktaufnahme bitte unbedingt mitkontaktieren:	
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.
<input type="checkbox"/> <b>Gesetzliche Betreuung</b> Name/Anschrift/Tel:	Bereiche der Betreuung: <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Finanzen <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Behördliche Angelegenheiten
<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"/> Familienversichert <input type="checkbox"/> Name und Geb. des Mitglieds:
<b>Rentenversicherung</b> Versicherungsnummer:	Rentenversicherungszeiten
<b>Agentur für Arbeit:</b>	Kundennummer:  Ansprechpartner:

<b>Welche finanziellen Mittel beziehen Sie zurzeit:</b> <input type="checkbox"/> ALG I <input type="checkbox"/> Bürgergeld (ehemals Hartz IV/ALG II) <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Übergangsgeld <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt/ Sozialhilfe <input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente <input type="checkbox"/> Unterstützung durch Familie <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Wohngeld <input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> Kindergeld <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	
<b>Verfügen Sie über einen Pflegegrad:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher Pflegegrad: _____	
<b>Verfügen Sie über einen Schulabschluss:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welchen Schulabschluss haben Sie: _____	
<b>Verfügen Sie über eine angefangene/ abgeschlossene Berufsausbildung/ Studium:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> angefangene Berufsausbildung, welche: _____ <input type="checkbox"/> abgeschlossene Berufsausbildung, welche: _____ <input type="checkbox"/> angefangenes Studium, welches: _____ <input type="checkbox"/> abgeschlossenes Studium, welches: _____	
<b>Gilt nur für den Standort RPK Wiesloch:</b> <b>Spezielle Ernährungsform/Lebensmittelallergien:</b> <input type="checkbox"/> vegan <input type="checkbox"/> vegetarisch <input type="checkbox"/> Lebensmittelallergien: _____	

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 (Seite 3) 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. Ebenso bin ich damit einverstanden, dass mit behandelnden Ärzten oder Psychotherapeuten direkter Kontakt aufgenommen werden darf. Beispielsweise telefonisch oder per Mail.

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 die Sekretariate der RPK Karlsbad und Wiesloch.

---

Ort, Datum

Unterschrift