

RPK Glauchau  
Chemnitzer Str. 36  
08371 Glauchau

**Rudolf Virchow RPK Glauchau**  
Ärztl. Ltg. Dr. med. Dipl.-Psych. A. Klepper  
Einrichtungsleiter Dipl.-Psych. E. Böhle

Chemnitzer Str. 36  
08371 Glauchau

Telefon: 03763 / 44074-0  
Telefax: 03763 / 44074-29  
E-Mail: [rpk@rpk-glauchau.de](mailto:rpk@rpk-glauchau.de)  
Internet: [www.rpk-glauchau.de](http://www.rpk-glauchau.de)  
IK 571410019 (ambulant)  
IK 511413330 (stationär)  
IK 571450018 (LTA)

## Antrag zur Aufnahme in die RPK Glauchau

- ausgefüllten Antrag per Post oder E-Mail zurücksenden -

### Angaben zur Person

Name	Vorname	Geburtsname

Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort

Telefon

geboren am	in	Staatsangehörigkeit

ledig   
  verheiratet   
  verwitwet   
  geschieden   
  getrennt lebend

Familienstand

Kinder (Anzahl, Geschlecht, Geburtsjahr)

Nein   
  Ja, von   
  GdB

Schwerbehindertenausweis

Nein   
  Ja

Gesetzlicher Betreuer, Anschrift

Ich beantrage die Aufnahme in Rehabilitationseinrichtung Rudolf Virchow RPK Glauchau als:

ambulante Maßnahme   
  stationäre Maßnahme

**Krankenkasse, Rentenversicherung, Arbeitsamt**

Krankenkasse (Anschrift):	<input type="checkbox"/> Pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert
	<input type="checkbox"/> familienversichert bei	
	Name des Mitglieds:	
	Versicherungsnummer:	
Rentenversicherung (Anschrift):	<input type="checkbox"/> Rentner	
	Versicherungsnummer:	
	Versicherungszeiten:	
Agentur für Arbeit (Anschrift):	Stammnummer:	

**Schule und Beruf**

Schulabschluss	
Berufsausbildung	
Art der bisherigen Tätigkeiten (Beruf, Mini-Job, Zivildienst, Anlermtätigkeit, etc.)	

**Behandelnde Ärzte / Psychotherapeuten**

--	--

Name des Facharztes

Telefon

--

Anschrift

--	--

Name des Facharztes

Telefon

--

Anschrift

**Einverständniserklärung**

Um die Erstellung und Fortführung eines Rehabilitationsplanes zu gewährleisten, bin ich damit einverstanden, den Antrag den MitarbeiterInnen der RPK Glauchau zu überlassen. Zudem erkläre ich mich damit einverstanden, dass eine Informationsweitergabe zwischen allen am therapeutischen Prozess beteiligten MitarbeiterInnen zu Zwecken meiner Rehabilitation erfolgen darf. Ausführliche Informationen zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß der Datenschutzgrundverordnung können auf der Homepage der RPK eingesehen werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

Datum:

Unterschrift:

Unterschrift gesetzlicher Betreuer: \_\_\_\_\_