

RPK Aufnahmebogen ATZ/RPK

Persönliche Daten:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Wo befindet sich Ihr Hauptwohnsitz?

Straße: _____ Telefon: _____

PLZ/ Ort: _____ Bundesland: _____

Unter welcher Anschrift sind Sie derzeit erreichbar?

_____ Telefon: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____

Familienstand: ledig verheiratet geschieden getrennt lebend

Haben Sie Kinder? nein ja >> Anzahl: _____ Alter: _____

Besteht eine gesetzliche Betreuung? ja nein

Bei Ja welche Betreuungsbereiche? Vermögen Aufenthalt Gesundheitsfürsorge

Kontaktdaten der gesetzlichen Betreuung: _____

Besteht eine ambulante Begleitung oder Sozialbeistandschaft?

Kontaktdaten der Begleitung: _____

Beziehen Sie oder haben Sie derzeit eine der folgenden Leistungen beantrag?

Krankengeld Arbeitslosengeld Arbeitslosengeld II

Grundsicherung Erwerbsminderungsrente Teil-Erwerbsminderungsrente

Sonstiges (bitte angeben) _____

Wenn beantragt, welche?

Sind Sie derzeit krankgeschrieben (arbeitsunfähig)? nein ja, seit dem _____

Angaben zu Ihrer Sozialversicherung:

Krankenversicherung: _____ Geschäftsstelle in: _____

Versicherungsart: pflichtversichert freiwilliges Mitglied privat

als Familienmitglied versichert über Name, Vorname:

Mitglieds-/Service- bzw. Versicherungsnummer:

Rentenversicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

Agentur für Arbeit/Jobcenter, mit dem Sie zuletzt in Verbindung standen

Adresse: _____ Ansprechpartner: _____

Kunden- oder Bedarfsgemeinschafts-Nummer: _____

Haben Sie über die Agentur für Arbeit oder über die Rentenversicherung schon einmal berufliche Rehabilitationsmaßnahmen oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) durchgeführt?

nein ja, und zwar von _____ bis _____

in folgender Einrichtung: _____

Schulischer und beruflicher Werdegang (in Stichworten):

von _____ bis _____ Schule/Ausbildung/Arbeitsverhältnis

Besteht zurzeit noch ein Arbeitsverhältnis? ja nein

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? ja nein

Oder Grad der Behinderung (GdB)? _____ beantragt Gleichstellung

Angaben zur gesundheitlichen Situation

Ist Ihnen die Diagnose bzw. die Bezeichnung Ihrer psychischen Problematik bekannt?

nein ja >>

Diagnosen/ Bezeichnung: _____

Wann traten Ihre psychischen Probleme erstmals auf? Jahr _____

Bei welchem Facharzt sind Sie in Behandlung?

(Bitte Name und genaue Anschrift des Neurologen / Psychiaters angeben)

In welchen Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen wurden Sie zuletzt behandelt?

Name der Klinik Station von / bis

Bestehen sonstige gesundheitliche Probleme? nein ja >>

wenn ja, welche? _____

Wer hat Ihnen die Rehabilitationsmaßnahme im ATZ empfohlen?

Haben Sie schon an einer ATZ - Informationsveranstaltung teilgenommen? ja nein

Ich habe den Fragebogen selbst ausgefüllt ja nein

Wenn nein, ausgefüllt von: _____

Ort, Datum

Unterschrift