

Menschen mit seelischer Erkrankung und Menschen mit Suchterkrankung

Medizinische Rehabilitation

Prozess: Aufnahme

Angaben zur Person (Bitte unbedingt komplett ausfüllen!)

Name:	Vorname:	
Geburtsdatum und Geburtsort:	Familienstand:	Religion:
Komplette Anschrift gemeldeter Erstwohnsitz:	Telefon Festnetz:	
	Mobil:	
	Staatsangehörigkeit:	
Rentenversicherung mit Adresse:	Sozialversicherungsnummer:	
Krankenkasse mit Adresse:	Psychiater mit Adresse und Telefon:	
Schulabschluss:	Ausbildungen (bitte auch abgebrochene!):	
Wie lange waren sie in den letzten <u>zwei Jahren</u> auf dem freien Arbeitsmarkt sozialversicherungs- pflichtig berufstätig (zusammenhängend oder nicht)? Egal in welcher Tätigkeit!		
Haben Sie schon einmal an einer „medizinischen“ Rehabilitation teilgenommen? nein: <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> Wenn ja, wo: _____ Wenn ja, wann genau (Datum): vom _____ bis _____		
Erster stationär-psychiatrischer Klinikaufenthalt Klinik: _____ von: _____ bis _____	Letzter stationär-psychiatrischer Klinikaufenthalt Klinik: _____ von: _____ bis _____	
Rechtlicher Betreuer: (Name, Adresse, Telefon)	Betreuungsbereiche:	
Betreuung beantragt am:	Betreuung genehmigt seit:	
Schwerbehindertenausweis: nein: <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> beantragt: <input type="checkbox"/>	Grad der Behinderung: Merkzeichen:	