

**Prozess: Aufnahme**

**Angaben zur Person (Bitte unbedingt komplett ausfüllen)**

**ambulante Rehabilitation**
   
  **stationäre Rehabilitation**

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum und Geburtsort:		Familienstand:	Religion:
Komplette Anschrift / gemeldeter Erstwohnsitz:		Telefon Festnetz:	
Nebenwohnsitz:		Mobiltelefon:	
		Staatsangehörigkeit:	
		Aufenthaltserlaubnis ? <input type="checkbox"/> befristet bis _____ <input type="checkbox"/> unbefristet	
Landkreis:	Bundesland:	Krankenkasse mit Adresse:	
Rentenversicherung mit Adresse:		selbstversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> oder Mutter <input type="checkbox"/> (Geburtsdatum bitte angeben!)	
		KV-Nr.:	
Sozialversicherungsnummer:		Psychiater mit Adresse und Telefon:	
Steuer-Identifikations-Nr.:			
Letzte berufliche Tätigkeit – <u>Wo</u> und <u>von wann bis wann</u> waren sie in den letzten zwei Jahren auf dem freien Arbeitsmarkt sozialversicherungspflichtig berufstätig (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 _____			
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:	