

**Antrag zur Aufnahme
in die RPK Gut Gamig / Standort Dresden**

Postanschrift: RPK Gut Gamig, Straße des 17. Juni 25, Geb. 103 B, 01257 Dresden

Angaben zur Person

Name	Vorname
Geburtsname	Geburtsdatum Geburtsort
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verw.	telefonisch erreichbar
Schulabschluss	Berufsausbildung
Postleitzahl Wohnort	Straße, Hausnummer
Rentenversicherung: Versicherungsnummer:	Versicherungszeiten:

Behandelnder Arzt Name	Anschrift Tel.:
Krankenkasse Name/Anschrift	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiw. versichert <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> familienversichert Name des Mitgliedes Geburtsdatum

Ich beantrage die Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung als stationäre/teilstationäre Maßnahme.

Die RPK kann ich mit öffentlichen Verkehrsmitteln bzw. mit meinem Privatfahrzeug täglich erreichen.

Erklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse und der Rentenversicherungsträger über den Antrag informiert werden. Ich bin damit einverstanden, dass die RPK von den Ärzten der 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 und die Reha-Maßnahme erforderlich sind. Das schließt auch die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Ort, Datum

Unterschrift