

Rudolf Virchow Klinikum Glauchau gGmbH · Postfach 1152 · 08361 Glauchau  
REHA-Z-Glauchau (RPK) \* Martinstraße 10 \* 08371 Glauchau

RPK Glauchau  
Martinstraße 10  
08371 Glauchau

Tel: 03763 44074-0  
Fax: 03763 44074-29  
E-Mail: rpk@reha-z-glauchau.de

**Rehabilitation für psychisch kranke  
Menschen (RPK)**

**Rehabilitationszentrum Glauchau**

Ärztl. Ltg. Dr. med. Dipl.-Psych. A. Klepper  
Einrichtungsleiterin Dipl.-Psych. H. Martin

Martinstraße 10  
08371 Glauchau

Telefon: 03763 / 44074-0

Telefax: 03763 / 44074-29

e-Mail: [rpk@reha-z-glauchau.de](mailto:rpk@reha-z-glauchau.de)

Internet: [www.reha-z-glauchau.de](http://www.reha-z-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 Reha-Z-Glauchau (RPK) als:

ambulante Maßnahme     stationäre Maßnahme

**Träger des Reha-Z-Glauchau (RPK)**  
KKH Rudolf Virchow gemeinnützige GmbH  
Glauchau | Postfach 1152 | 08361 Glauchau  
**Geschäftsführer** Dr. Roland Knöfler

**Aufsichtsratsvorsitzender** Dr. Christoph Scheurer  
**Registergericht** Chemnitz HRB 12360  
**Träger** Landkreis Zwickau  
**Betriebsnummer** 06 48 36 77

**Steuernummer** 221/124/00056  
**Sitz der Gesellschaft** Glauchau  
**Bankverbindung** Deutsche Kreditbank AG  
BLZ 120 300 00 | Konto-Nr. 14 15 827

### 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, Anlern­tätigkeit, 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 des Reha-Z-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.

Datum:

Unterschrift:

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