



Antrag auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt

Raum für Posteingangsstempel

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

Zuständiger Sozialversicherungsträger: _____

Familienname	Vorname	Versicherungsnummer			
Patient(in)		Lfd.Nr. Tag Monat Jahr			
Anschrift					
Versicherte(r)		Lfd.Nr. Tag Monat Jahr			
<small>(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist)</small>					
Versicherte(r) beschäftigt bei <small>(Dienstgeber(in), Dienstort, Tel.-Nr.)</small>					

Angaben des (der) Versicherten:

Personenstand: _____ Telefon Nr.: _____

Anschrift: _____

Beziehen Sie Leistungen

a) aus der Pensionsversicherung	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	Pensionsversicherungsträger	_____
b) aus der Arbeitslosenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geschäftsstelle des AMS	_____	
c) aus der Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anstalt	_____	
d) vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
e) von einem Sozialhilfeträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Von welcher Stelle	_____	
f) aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis (Ruhebezug etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei welcher Anstalt	_____	
Haben Sie einen Pensions- (Renten-)antrag gestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei welcher Anstalt	_____	
Sind Sie in der Pensionsversicherung freiwillig versichert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Von welcher Anstalt	_____ Welche Stufe _____	
Beziehen Sie Pflegegeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Von welcher Anstalt	_____ Welche Stufe _____	

Zusatzangaben Nur auszufüllen, wenn der Antrag für eine(n) Angehörige(n) gestellt wird:

Verwandtschaftsverhältnis _____ zuletzt beschäftigt bis _____

Beziehen Sie eine Pension

nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Von welcher Anstalt	_____
Sind Sie in der Pensionsversicherung freiwillig versichert	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Bei welcher Anstalt _____
Sind Sie pensions- oder unfallversichert	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Bei welcher Anstalt _____
Beziehen Sie Pflegegeld	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Von welcher Stelle _____ Welche Stufe _____

Haben Sie in den letzten fünf Jahren Rehabilitations-, Kur-, Land-, Erholungsaufenthalte mit Kostenbeteiligung eines Versicherungsträgers konsumiert?

nein ja Wann _____ Wo _____
 Wann _____ Wo _____ Datum, Unterschrift des/der Versicherten (Antragstellers/Antragstellerin)

Anmerkungen des Versicherungsträgers

Entsendung bzw. Zuschüsse in den letzten 5 Kalenderjahren vor der Antragstellung

Jahr	vom – bis	Kur- oder Aufenthaltsort (Anstalt)

Datum und Namensstempel des/der Bearbeiters/Bearbeiterin

Ärztliche Stellungnahme

Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☒

für _____
Familienname Vorname Geburtsjahr männlich weiblich

Aktuelle Vorgeschichte – soweit antragsrelevant

(Beginn, Arbeitsunfall, Berufserkrankung, Privatunfall, Vorbehandlung sowie Spitalsaufenthalte und Operationen mit **Datumsangabe**)

Antragsrelevante Diagnose

Befunde (allenfalls als Beilage angeschlossen) Größe _____ Gewicht _____ RR _____
 a) maßgebliche Befunde und Funktionseinrichtungen für das vorzuschlagende Verfahren

b) andere wichtige Hinweise (zur Kurfähigkeit bzw. Heimfähigkeit)

(Nebenerkrankungen z.B. Diabetes, TBC, Herz-Kreislaufkrankungen, Geisteskrankheiten, HIV, Sucht, ansteckende Krankheiten, andere: medikamentöse Behandlung)

Vorgeschlagen wird

- Stationäre Rehabilitation
 Ambulante Rehabilitation
 K Kurheilverfahren/GVA
 Erholung
 Genesung
 Landaufenthalt

für

- Atemwegserkrankungen
 Herz-/Kreislauf
 Bewegungs-/Stützapparat
N Neurol. Formenkreis
 Rheumat. Formenkreis
S Stoffwechselerkrankungen
 Hauterkrankungen
 Onkologie
 Psychische Erkrankungen
 Sonstige _____

in

Hinweis:
Der vorgeschlagene Ort wird nach Möglichkeit berücksichtigt; medizinische Notwendigkeiten sind jedoch vorrangig.

Begründung für die vorgeschlagene Maßnahme (Berufsbild, medizinische, berufliche oder soziale Zielsetzung)

Patient(in)

- ist heimfähig nein ja ist kurfähig nein ja benötigt Diät nein ja Art _____
 ist gehfähig nein ja mit Hilfsmittel nein ja Rollstuhl nein ja
 benötigt Begleitperson nein ja für die Anreise für den Aufenthalt
 benötigt fremde Hilfe (waschen, anziehen usw.) nein ja
 benötigt Transport nein ja
 Rettungswagen mit Sanitäter (liegend oder mit Tragsessel)
 Ambulanzwagen (ohne Sanitäter)
 Sonstiges (priv. PKW, Taxi) _____

Datum, Unterschrift und Stempel des/der Arztes/Ärztin bzw. der Krankenanstalt

Erledigung des Versicherungsträgers

	ja	nein	Begründung	bewilligt	abgelehnt	Aufenthaltsort
Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kurheilverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erholung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Genesung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Landaufenthalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kurkostenzuschuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						Sonstiges (z.B. Abtretung, Begutachtung, Zurückweisung etc.):
_____			Datum, Unterschrift des/der Vertrauensarztes/-ärztin	_____		
				Datum, Unterschrift des/der leitenden Arztes/Ärztin		

Erledigungsvermerke: