



Antrag SVS-Gesundheitsangebot Gemeinsame Pflegeauszeit

Antragsteller	VSNR	Geburtsdatum								
Vor- und Familienname:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
Adresse:										
Telefonnummern (Festnetz, Handy):	E-Mail:									

Angaben zum Aufenthalt
Ort: Gesundheitshotel Radkersburger Hof, Thermenstraße 22, 8490 Bad Radkersburg Termine: ☐ 02.12.2025 bis 16.12.2025 ☐ 21.04.2026 bis 05.05.2026 ☐ 17.11.2026 bis 01.12.2026 (Gemeinsame Pflegeauszeit Balance = Gesundheitsförderliches Programm für pflegenden Eltern + angemessene pädagogische Betreuung/Förderung/Pflege für das beeinträchtigte (mitunter erwachsene) Kind) ☐ individueller Termin nach Abstimmung mit dem Radkersburger Hof (Gemeinsame Pflegeauszeit Aktiv = Gesundheitsförderliches Programm für pflegenden Eltern + passgenaue Betreuung/Förderung/Pflege für das beeinträchtigte Kind unter 15 Jahre)

Beeinträchtigtes bzw. zu pflegendes Kind:	VSNR	Geburtsdatum								
Vor- und Familienname:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
Adresse:	Verwandtschaftsverhältnis:									
Wird bzw. wurde das beeinträchtigte bzw. zu pflegende Kind überwiegend durch den Antragsteller betreut? ☐ nein ☐ ja, Seit wann? _____ Pflegegeldstufe _____ seit: _____ ☐ erhöhte Familienbeihilfe seit: _____										
Teilnehmende Geschwister (nur bei Pflegeauszeit Balance)										
Vor- und Familienname:	Geb.:									
Vor- und Familienname:	Geb.:									
Teilnehmender zweiter Elternteil (nur bei Pflegeauszeit Balance – max. Zimmerbelegung 2 Erwachsene + 1 Kind unter 15 Jahre)										
Ein Antragsformular ist auch vom zweiten Elternteil auszufüllen, sofern dieser bei der SVS versichert ist. Die Teilnahme beider Elternteile ist im Einzelfall zu prüfen und erst nach Bewilligung durch die SVS möglich.										
Vor- und Familienname:	Geb.:									

- Ich bestätige, innerhalb der letzten drei Jahre vor der Antragsstellung bzw. ab 40 Jahren innerhalb der letzten zwei Jahre vor der Antragstellung eine **Vorsorgeuntersuchung** (VU) in Anspruch genommen zu haben oder erfolgreich am Programm **Selbständig Gesund** (Halber Selbstbehalt) teilzunehmen. *Die Teilnahme am Programm Selbständig Gesund ist nur für Gewerbetreibende und Neue Selbständige möglich. Der Nachweis über die absolvierte Vorsorgeuntersuchung kann auch nachgereicht werden.*
- Ich erkläre mich damit einverstanden, eine **einkommensabhängige Zuzahlung** zu leisten, welche im Zuge der Beitrags- oder Kostenanteilsverschreibung eingehoben wird.
- **Stornierung für die gesamte Familie:** Wenn ich das Gesundheitsangebot ohne ärztlich bestätigte Krankheit für Eltern bzw. Kinder innerhalb von 28 Tagen vor Beginn absage, trage ich die anfallenden **Stornokosten** selbst.
 - o Bei Absagen bis 14 Tage vor Beginn des Gesundheitsangebotes 20% des Leistungstagsatzes,
 - o bei Absagen bis 7 Tage vor Beginn des Gesundheitsangebotes 40% des Leistungstagsatzes,
 - o bei Absagen kürzer als 7 Tage vor Beginn des Gesundheitsangebotes 70% des Leistungstagsatzes für die Dauer des Gesundheitsangebotes.
- **Datenschutz:** Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine **personenbezogenen Daten** (VSNR, Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Gesundheitsdaten) bzw. die meines Kindes an den von der SVS berechtigten/beauftragten Vertragspartner (Hotel, Ärzte, Trainer, Therapeuten, Gesundheitsförderer) weitergeleitet und zu Evaluierungszwecken von diesem wieder an die SVS rückübermittelt werden. Diese Einwilligung zur Datenverarbeitung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen per Mail unter dsb@svs.at oder per Post an die Sozialversicherung der Selbständigen, Wiedner Hauptstraße 84-86, 1051 Wien widerrufen werden. Bis zu einem allfälligen Widerruf bleibt die beschriebene Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten rechtmäßig. Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nach Art. 13 Datenschutzgrundverordnung finden Sie auf unserer Homepage unter svs.at/vvt
- **Haftungsausschluss:** Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Teilnahme und die Teilnahme meines Kindes auf eigene Gefahr erfolgt und die SVS nicht für die Eignung der Teilnehmer am Bewegungs- und Untersuchungsprogramm verantwortlich ist, sowie jegliche Haftung für Schäden an Personen und Material seitens der SVS und deren beauftragten Personen ausgeschlossen ist.

Wichtig!

- **Eine Antragstellung ist ausschließlich über die SVS möglich!** Bitte übermitteln Sie den ausgefüllten Antrag und alle erforderlichen **Unterlagen** an das **Dienstleistungszentrum Sicherheit & Gesundheit**. Einfach, rasch und bequem können Sie dies mit **svsGO** erledigen. Melden Sie sich mit Ihrer ID-Austria an und laden Sie die Unterlagen unter dem Menüpunkt **Hilfe & Kontakt** mit einigen wenigen Klicks hoch. Gerne nehmen auch die **SVS-Kundencenter** Ihre Unterlagen entgegen.
- **Gesundheitszustand:** Bei Angaben zu **psychischen und körperlichen Erkrankungen oder Einschränkungen** im nachfolgenden Gesundheitsfragebogen, die eine aktive Teilnahme am Programm erschweren, kann der Antrag nicht bewilligt werden. Im Zweifelsfall wird eine ärztliche Bestätigung von der SVS angefordert. **Änderungen des gesundheitlichen Zustandes** bzw. der oben erwähnten Angaben sind der SVS vor Antritt des Gesundheitsangebotes bekannt zu geben.
- **Bewilligung:** Vor der Bewilligung ist der Betreuungs-, Förder- und Pflegebedarf Ihres Kindes durch den Radkersburger Hof zu ermitteln. Erst nach diesem Abstimmungsprozess kann eine Bewilligung durch die SVS ausgesprochen werden.
- **Informationen:** Detaillierte telefonische Auskünfte betreffend Programmablauf, Betreuungs-, Förder- und Pflegeangebot, Zimmerbelegung usw. erhalten Sie direkt im Radkersburger Hof – Tel.Nr. 03476 / 3560-5100

☐ **Newsletter-Anmeldung:** Ich möchte in Zukunft per E-Mail über aktuelle Neuerungen der SVS informiert werden. Sie können Ihre Newsletter-Anmeldung jederzeit unter svs.at/newsletterabmeldung widerrufen.

Mit meiner Unterschrift beantrage ich die Teilnahme am ausgewählten Gesundheitsangebot und akzeptiere die oben angeführten Bedingungen.

Datum / Unterschrift



Gesundheitsfragebogen Antragsteller

Vor- und Nachname: _____ VSNR: _____

Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand

1. Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben („Schulnotensystem“)?

☐ 1=sehr gut ☐ 2=gut ☐ 3=mittelmäßig ☐ 4=eher schlecht ☐ 5=sehr schlecht

2. Hatten Sie Behandlungen, Operationen, Unfälle in den letzten 12 Monaten?

☐ nein

☐ ja, folgende: _____

3. Leiden Sie an chronischen Erkrankungen/Beschwerden?

☐ nein

☐ ja, an folgender/folgenden (Zutreffendes bitte ankreuzen):

☐ Herz-Kreislauferkrankung (KHK, Herzinsuffizienz, Herzinfarkt, etc.)

☐ Gefäßerkrankung (Aneurysma, Lungenembolie, Thrombose, Schlaganfall)

☐ Therapiepflichtige offene Wunden (z.B. Ulcus Cruris)

☐ Krebserkrankung

☐ Atemwegserkrankung (COPD, Asthma, chron. Husten, Atemnot)

☐ Diabetes

☐ Morbus Bechterew

☐ Bandscheibenvorfall oder Wirbelsäulenfehlstellung mit körperlichen Einschränkungen

☐ Narben- oder Bauchwandbruch

☐ Netzhautablösung

☐ chron. Gelenkentzündungen (Rheuma, Arthritis)

☐ Osteoporose (80% Knochendichte des Altersdurchschnitts)

☐ Epilepsie, letzter Anfall: _____ letzte Kontrolle: _____

☐ Sonstige: _____

4. Leiden Sie an einer psychischen Erkrankung?

☐ nein ☐ ja, an folgender: _____

Stehen bzw. standen Sie in regelmäßiger psychotherapeutischer Behandlung?

☐ nein ☐ ja, seit _____ bis _____

Standen Sie bereits in psychiatrischer/neurologischer Behandlung (Ordination oder Spital)?

☐ nein ☐ ja, die letzte Behandlung war _____

Haben Sie schon einmal eine psychiatrische Rehabilitation absolviert?

☐ nein ☐ ja, und zwar im Jahr _____

5. Leiden Sie an Bluthochdruck?	☐ nein ☐ ja															
6. Nehmen Sie Blutdruck-Medikamente?	☐ nein ☐ ja, die folgenden: _____ _____															
7. Beträgt Ihr Blutdruck (mit oder ohne Einnahme von Blutdruck-Medikamenten) dauerhaft oder wiederholt über 140 / 90 mm Hg? ☐ nein ☐ ja, meine Werte liegen oft/ meistens meist bei ____ / ____ mm Hg <i>Wichtig: Ein normaler Blutdruck bzw. medikamentös gut eingestellter Bluthochdruck ist für die problemlose Teilnahme am Bewegungsprogramm unbedingt erforderlich.</i>																
8. Nehmen Sie derzeit andere Medikamente? ☐ nein ☐ ja, welche und wofür: _____ _____																
9. Hat Ihnen jemals ein Arzt Bewegung und Sport nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen? ☐ nein ☐ ja																
10. Haben Sie Brustschmerzen bei körperlicher Belastung? ☐ nein ☐ ja																
11. Körperangaben: Gewicht: ____ kg, Größe: ____ cm Bauchumfang (in Bauchnabel-Höhe gemessen): ____ cm																
12. Sind Sie allgemein in der Lage und motiviert, an einem ganztägigen Vortrags- bzw. Bewegungsprogramm mitzumachen? ☐ nein ☐ ja																
13. Fühlen Sie sich in der Lage an folgendem Bewegungsprogramm mitzumachen? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 70%;">• Moderates Ausdauertraining (z.B. Eine Stunde Gehen im leicht hügeligen Gelände)</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">☐ ja</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">☐ nein</td> </tr> <tr> <td>• Mehrmals pro Woche verschiedene Bewegungsprogramme für jeweils ca. 60 – 120 min (z.B. Ausdauer- und Kräftigungseinheiten)</td> <td style="text-align: center;">☐ ja</td> <td style="text-align: center;">☐ nein</td> </tr> <tr> <td>• Wirbelsäulentraining/ Rückengymnastik</td> <td style="text-align: center;">☐ ja</td> <td style="text-align: center;">☐ nein</td> </tr> <tr> <td>• Bewältigung einer Wegstrecke von mind. 2 km zu Fuß</td> <td style="text-align: center;">☐ ja</td> <td style="text-align: center;">☐ nein</td> </tr> <tr> <td>• Koordinationsübungen/Gleichgewichtsübungen</td> <td style="text-align: center;">☐ ja</td> <td style="text-align: center;">☐ nein</td> </tr> </table>		• Moderates Ausdauertraining (z.B. Eine Stunde Gehen im leicht hügeligen Gelände)	☐ ja	☐ nein	• Mehrmals pro Woche verschiedene Bewegungsprogramme für jeweils ca. 60 – 120 min (z.B. Ausdauer- und Kräftigungseinheiten)	☐ ja	☐ nein	• Wirbelsäulentraining/ Rückengymnastik	☐ ja	☐ nein	• Bewältigung einer Wegstrecke von mind. 2 km zu Fuß	☐ ja	☐ nein	• Koordinationsübungen/Gleichgewichtsübungen	☐ ja	☐ nein
• Moderates Ausdauertraining (z.B. Eine Stunde Gehen im leicht hügeligen Gelände)	☐ ja	☐ nein														
• Mehrmals pro Woche verschiedene Bewegungsprogramme für jeweils ca. 60 – 120 min (z.B. Ausdauer- und Kräftigungseinheiten)	☐ ja	☐ nein														
• Wirbelsäulentraining/ Rückengymnastik	☐ ja	☐ nein														
• Bewältigung einer Wegstrecke von mind. 2 km zu Fuß	☐ ja	☐ nein														
• Koordinationsübungen/Gleichgewichtsübungen	☐ ja	☐ nein														
14. Wird eine medizinisch begründete Diät benötigt (z.B. Glutenfreie Diät bei Zöliakie)? ☐ nein ☐ ja, folgende: _____																
15. Sonstige Hinweise zum Gesundheitszustand _____ _____																

Datum, Unterschrift



Auskunftsbogen für das teilnehmende Kind

Vor- und Nachname: _____ VSNR: _____

Art der Beeinträchtigung des Kindes (nach Möglichkeit Diagnose)

- ☐ Geistige Beeinträchtigung/ Lernbeeinträchtigung
- ☐ Körperliche Beeinträchtigung: ☐ Handrollstuhl ☐ E-Rollstuhl
- ☐ Psychische Beeinträchtigung
- ☐ Sinnesbeeinträchtigung

Spezifische Beschreibung der Beeinträchtigung/Diagnose: _____

Allgemeine Angaben zum Kind

Größe: _____ Gewicht: _____

Schullaufbahn: (Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ Kindergarten
- ☐ Volksschule
- ☐ Hauptschule / Neue Mittelschule
- ☐ Allgemeine Sonderschule
- ☐ Integrationsklasse
- ☐ Sonstige _____

Berufsausbildung (Werkstätte...) bzw. derzeitige Arbeitsstätte:

- ☐ Werkstätte/Tageswerkstätte einer Einrichtung (z.B. Lebenshilfe, Caritas, Jugend am Werk)
- ☐ Sonstige: _____

Derzeitige Betreuungssituation des Kindes:

- ☐ Kindergarten ☐ Hort ☐ Schule ☐ Arbeit ☐ Zuhause (ausschließlich)

Anmerkung: _____

Falls Fremdbetreuung: - Ausmaß in Stunden/Woche: _____

Durch wen erfolgt die Fremdbetreuung: _____

Hat Ihr Kind bereits alleine einen Urlaub, Kuraufenthalt und dergleichen absolviert?

- ☐ Nein ☐ Ja, (Art, Zeitraum): _____

Haben Sie bereits gemeinsam mit Ihrem Kind Urlaub, Kuraufenthalt und dergleichen absolviert?

- ☐ Nein ☐ Ja, (Art, Zeitraum): _____

Welche Form der Betreuung benötigt Ihr Kind während des Aufenthaltes?

☐ Betreuung in Kleingruppe

☐ 1:1-Betreuung

☐ 1:2-Betreuung

Anmerkung:

Medikation und Hilfsmittel des Kindes:

Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen?

☐ Nein

☐ Ja

Bitte vollständig anführen bzw. die zutreffende Tageszeit ankreuzen!

Medikament	Dosierung (mg, ml...)	Früh	Mittag	Abend	Nacht

Medikamentenunverträglichkeiten: ☐ Nein ☐ Ja: _____

Werden unterstützende Hilfsmittel für das Kind benötigt?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, sollen diese unbedingt zum Aufenthalt mitgenommen werden!

☐ Augenfolie

☐ Blindenlangstock

☐ Brille

☐ Cochlea Implantat (CI)

☐ Hörgerät (HdO)

☐ Kindersitz

☐ Kommunikationshilfe

☐ Kontaktlinsen

☐ Prothesen

☐ Orthopädische Schuhe

☐ Rampen für PKW

☐ Rollator

☐ Sitzschalen

☐ Schutzhelm

☐ Schwimmhilfen

☐ E-Rollstuhl

☐ Handrollstuhl

☐ Zahnsperre abnehmbar

☐ Zahnsperre festsitzend

☐ Sonstige: _____

Benötigt Ihr Kind während des Aufenthaltes eine besondere Ausstattung der Unterkunft

(z.B. Duschsitz, Pflegebett, Duschrollstuhl, Hochstuhl, Kinderbett, Sturzmatte, Matratzenschutz)

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, welche _____

Krankheiten/Operationen/Beschwerden des Kindes:	
Operationen:	☐ Nein ☐ Ja:
.....	
Organerkrankungen:	☐ Nein ☐ Ja:
.....	
Epilepsie/Absencen:	☐ Nein ☐ Ja: (Wie häufig?, Intensität?)
.....	
Asthma:	☐ Nein ☐ Ja:
.....	
Allergien:	☐ Nein ☐ Ja:
.....	
Diät/Schonkost:	☐ Nein ☐ Ja:
.....	
Diabetiker:	☐ Nein ☐ Ja:
.....	
Ausgeprägte Lärm- empfindlichkeit:	☐ Nein ☐ Ja:
.....	
Kinderkrankheiten:	☐ Nein ☐ Ja:
.....	
Anmerkungen/Ergänzungen zum Gesundheitszustand:	
Impfschutz ist gegeben für ☐ Röteln ☐ Meningokokken ☐ Tetanus ☐ Influenza ☐ Pertussis ☐ Hepatitis A ☐ Diphtherie ☐ Poliomyelitis ☐ Hepatitis B ☐ Mumps ☐ Haemophilus infl. B ☐ Pneumokokken ☐ Masern* ☐ FSME	
<i>*Für die Teilnahme am Gesundheitsangebot muss eine Masernimpfung bzw. der Immunstatus gegen Masern (Masern-Antikörper-Titer) nachgewiesen werden. Bitte legen Sie den entsprechenden Nachweis dem Antrag bei.</i>	
Die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen übernimmt für eventuell auftretende Erkrankungen im Zusammenhang mit einem fehlenden Impfschutz keine Verantwortung!	
Soziale Verhaltensweisen des Kindes:	
Einhalten von sozialen Regeln:	☐ nein ☐ ja ☐ teilweise
Beschreibung:	
Nähe- und Distanzverhalten:	☐ unauffällig ☐ auffällig
Beschreibung:	
Umgang mit Fremden:	☐ unauffällig ☐ auffällig
Beschreibung:	

Umgang mit Stresssituationen: ☐ unauffällig ☐ auffällig
 Beschreibung:

Konfliktverhalten: ☐ unauffällig ☐ zieht sich eher zurück ☐ reagiert heftig
 Beschreibung:

Aggressionen gegen: ☐ sich ☐ andere ☐ Gegenstände
 Sind Auslöser für aggressives Verhalten bekannt? Wenn ja, welche?

Weitere Bemerkungen zum allgemeinen (Sozial-)Verhalten

Lebenspraktische Fähigkeiten des Kindes:		JA	NEIN
Selbstversorgung	sich selbständig waschen und abtrocknen	☐	☐
Sich kleiden	selbständiges An-/Ausziehen von Kleidung	☐	☐
Toilettengang	selbständige Benutzung der Toilette	☐	☐
	Benutzung der Toilette mit Hilfe möglich	☐	☐
	(In-)Kontinenzeinlagen/Windeln	☐	☐
Essen	selbständiges Essen mit Essbesteck	☐	☐
	Nahrungsmittel in Stücke schneiden	☐	☐
	selbständig Essen zum Mund führen	☐	☐
selbständig Trinken	aus der Flasche	☐	☐
	mit dem Strohhalm	☐	☐
	aus dem Glas	☐	☐
Kommunikation	versteht Gesprochenes	☐	☐
	kann sich selbst mitteilen	☐	☐
Gehen	Auf kurzen Entfernungen möglich	☐	☐
Schwimmen	selbstständiges Schwimmen	☐	☐
	mit Schwimmhilfe	☐	☐
	geht nicht ins Wasser	☐	☐

*(wenn nein, bitte die Hilfestellung unter den Anmerkungen näher beschreiben)

Platz für Anmerkungen / Hilfestellungen beschreiben:

Sonstiges, Anmerkungen zu den Interessen des Kindes, Wünsche an den Aufenthalt...

Erforderliche Unterlagen

- Bitte legen Sie aussagekräftige **Befunde und Entlassungsberichte** vom teilnehmenden Kind bei.

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin