



# Antrag auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt

Raum für Posteingangsstempel

## Von dem/der Versicherten (Antragsteller/in) in allen Teilen auszufüllen

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

Zuständiger Sozialversicherungsträger: \_\_\_\_\_

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

## Angaben des (der) Versicherten:

Familienstand: \_\_\_\_\_ Telefon Nr.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Versichert als  Arbeiter(in)  Angestellte(r)  
 bzw. bei  VA öffentlich Bediensteter  
 VA für Eisenbahnen und Bergbau -  
 Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_  
 (Bitte Einkommensnachweis beilegen!)

\_\_\_\_\_

Selbständig erwerbstätig als \_\_\_\_\_

Leisten Sie Nachtschicht(schwer)arbeit  nein  ja

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

Sind Sie in der Pensionsversicherung freiwillig versichert nein  ja  Bei welcher Anstalt \_\_\_\_\_

Sind Sie pensions- oder unfallversichert nein  ja  Bei welcher Anstalt \_\_\_\_\_

Beziehen Sie Pflegegeld nein  ja  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 \_\_\_\_\_  
Familiename(n) Vorname(n) 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 Funktionseinschränkungen für das vorzuschlagende Verfahren

b) andere wichtige Hinweise (zur Kurfähigkeit bzw. Heimfähigkeit)  
(Nebenerkrankungen z.B. Diabetes, TBC, Herz-Kreislauferkrankungen, Geisteskrankheiten, HIV, Sucht, ansteckende Krankheiten, andere; medikamentöse Behandlung)

<b>Vorgeschlagen wird</b>	<b>für</b>	<b>in</b>
<input type="checkbox"/> Rehabilitation	<input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen	_____
<input type="checkbox"/> Kurheilverfahren	<input type="checkbox"/> Herz-/Kreislauf	<b>Hinweis:</b>
<input type="checkbox"/> Erholung	<input type="checkbox"/> Bewegungs-/Stützapparat	<b>Der vorgeschlagene Ort wird nach Möglichkeit berücksichtigt; medizinische Notwendigkeiten sind jedoch vorrangig.</b>
<input type="checkbox"/> Genesung	<input type="checkbox"/> Neurol. Formenkreis	
<input type="checkbox"/> Landaufenthalt	<input type="checkbox"/> Rheumat. Formenkreis	
	<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen	
	<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen	
	<input type="checkbox"/> Sonstige _____	

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"/>	Sonstiges (z.B. Abtretung, Begutachtung, Zurückweisung etc.):
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"/>	_____

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des(r) Vertrauensarztes/-ärztin

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des(r) leitenden Arztes/Ärztin

Erledigungsvermerke: