



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: _____

Familienname(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 d. österr. Eisenbahnen -
 Mitgliedsnummer _____
 (Bitte Einkommensnachweis beilegen!)

Selbständig erwerbstätig als _____

Leisten Sie Nachtschicht(schwer)arbeit nein ja

Beziehen Sie Leistungen nein ja

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

Zusatzangaben Fragen an die (den) Angehörige(n) (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-Kreislaufkrankungen, Geisteskrankheiten, HIV, Sucht, ansteckende Krankheiten, andere; medikamentöse Behandlung)

Vorgeschlagen wird	für	in
Rehabilitation	Atemwegserkrankungen	Hinweis: Der vorgeschlagene Ort wird nach Möglichkeit berücksichtigt; medizinische Notwendigkeiten sind jedoch vorrangig.
Kurheilverfahren	Herz-/Kreislauf	
Erholung	Bewegungs-/Stützapparat	
Genesung	Neurol. Formenkreis	
Landaufenthalt	Rheumat. Formenkreis	
	Stoffwechselerkrankungen	
	Hauterkrankungen	
	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: