



Antrag auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt

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

Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☒

Zuständiger Sozialversicherungsträger: _____

Raum für Posteingangsstempel

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

Angaben des (der) Versicherten:

Personenstand: _____

Telefon Nr.: _____

Anschrift: _____

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 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 _____
Familienname Vorname Geburtsjahr ☐ männlich ☐ weiblich

Aktuelle Vorgeschichte – soweit antragsrelevant

(Beginn, Arbeitsunfall, Berufserkrankung, Privaturfall, 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-Kreislauferkrankungen, Geisteskrankheiten, HIV, Sucht, ansteckende Krankheiten, andere: medikamentöse Behandlung)

Vorgeschlagen wird

- ☐ Stationäre Rehabilitation
☐ Ambulante Rehabilitation
☒ Kurheilverfahren/GVA
☐ Erholung
☐ Genesung
☐ Landaufenthalt

für

- ☐ Atemwegserkrankungen
 Herz-/Kreislauf
☐ Bewegungs-/Stützapparat
☒ Neurol. Formenkreis
☐ Rheumat. Formenkreis
☒ 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 ☐ mit Hilfsmittel nein ☐ ja ☐ Rollstuhl nein ☐ ja ☐
 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	☐	☐		☐	☐	
Kurheilverfahren	☐	☐		☐	☐	
Erholung	☐	☐		☐	☐	
Genesung	☐	☐		☐	☐	Sonstiges (z.B. Abtretung, Begutachtung, Zurückweisung etc.):
Landaufenthalt	☐	☐		☐	☐	
Kurkostenzuschuss	☐	☐		☐	☐	
Datum, Unterschrift des/der Vertrauensarztes/-ärztin				Datum, Unterschrift des/der leitenden Arztes/Ärztin		

Erledigungsvermerke: