



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 | Vorname | 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:

Personenstand: _____ Telefon Nr.: _____

Anschrift: _____

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| 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 <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"/> | |
| _____ Datum, Unterschrift des/der Vertrauensarztes/-ärztin | | | | _____ Datum, Unterschrift des/der leitenden Arztes/Ärztin | | |

Erledigungsvermerke: