



# 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)

<b>Vorgeschlagen wird</b>	<b>für</b>	<b>in</b>
Rehabilitation	Atemwegserkrankungen	<b>Hinweis:</b> <b>Der vorgeschlagene Ort wird nach Möglichkeit berücksichtigt; medizinische Notwendigkeiten sind jedoch vorrangig.</b>
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: