



Antrag auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt

Raum für Posteingangsstempel

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

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

Zuständige(r) Krankenversicherungsträger(Anstalt): _____

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 StellungnahmeZutreffende Felder bitte ankreuzen für _____
Familienname(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 Verfahrenb) 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	<hr/> 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 ja ist kurfähig ja benötigt Diät ja Art _____
ist gehfähig ja mit Hilfsmittel ja Rollstuhl ja
benötigt Begleitperson ja für die Anreise ja für den Aufenthalt
benötigt fremde Hilfe (waschen, anziehen usw.) ja
benötigt Transport 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"/>	
						Sonstiges (z.B. Abtretung, Begutachtung, Zurückweisung etc.):

Datum, Unterschrift des(r) Vertrauensarztes/-ärztin

Datum, Unterschrift des(r) leitenden Arztes/Ärztin

Erledigungsvermerke: