



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)/Nachname(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:

Personenstand: Telefon Nr.:

Anschrift:

Versichert als Arbeiter(in) Angestellte(r)
 bzw. bei VA öffentlich Bediensteter
 VA für Eisenbahnen und Bergbau -
 Mitgliedsnummer
 (Bitte Einkommensnachweis beilegen!)

Selbständig erwerbstätig als

Leisten Sie Nachtschicht(schwer)arbeit nein ja

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 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

