



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)		<input type="text"/> <small>Lfd.Nr. Tag Monat Jahr</small>			
Anschrift					
Versicherte(r)		<input type="text"/> <small>Lfd.Nr. Tag Monat Jahr</small>			
<small>(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist)</small>					
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

für _____ männlich weiblich
Familienname(n)/Nachname(n) Vorname(n) Geburtsjahr

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)

Vorgeschlagen wird Phase 3

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ambulant | <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen |
| <input checked="" type="checkbox"/> Rehabilitation | <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislauf |
| <input type="checkbox"/> Kurheilverfahren | <input checked="" type="checkbox"/> Bewegungs-/Stützapparat |
| <input type="checkbox"/> Erholung | <input type="checkbox"/> Neurol. Formenkreis |
| <input type="checkbox"/> Genesung | <input type="checkbox"/> Rheumat. Formenkreis |
| <input type="checkbox"/> Landaufenthalt | <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen |
| | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen |
| | <input type="checkbox"/> Sonstige |

in OptimaMed
 Ambulantes Rehabilitationszentrum
 Wiener Neustadt

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

Erladigung 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			

Erladigungsvermerke: