



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

Ärztliche Stellungnahme

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

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	für	in
<input type="checkbox"/> Ambulant		<input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen	OptimaMed
<input checked="" type="checkbox"/> Rehabilitation		<input type="checkbox"/> Herz-/Kreislauf	Ambulantes Rehabilitationszentrum
<input type="checkbox"/> Kurheilverfahren		<input type="checkbox"/> Bewegungs-/Stützapparat	Wiener Neustadt
<input type="checkbox"/> Erholung		<input type="checkbox"/> Neurol. Formenkreis	Hinweis:
<input type="checkbox"/> Genesung		<input type="checkbox"/> Rheumat. Formenkreis	Der vorgeschlagene Ort wird nach Möglichkeit berücksichtigt; medizinische Notwendigkeiten sind jedoch vorrangig.
<input type="checkbox"/> Landaufenthalt		<input checked="" type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen	
		<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen	
		<input type="checkbox"/> 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 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"/>	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: