



# 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	Vorname	Versicherungsnummer			
Patient(in)		Lfd.Nr.	Tag	Monat	Jahr
Anschrift					
Versicherte(r)		(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist)			
		Lfd.Nr.	Tag	Monat	Jahr
Versicherte(r) beschäftigt bei (Dienstgeber(in), Dienstort, Tel.-Nr.)					

**Angaben des (der) Versicherten:**

Personenstand: \_\_\_\_\_ Telefon Nr.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

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** 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 \_\_\_\_\_  
Familienname Vorname 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 Funktionseinrichtungen 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 2 für**

Stationäre Rehabilitation

Ambulante Rehabilitation

K Kurheilverfahren/GVA

Erholung

Genesung

Landaufenthalt

Atemwegserkrankungen

Herz-/Kreislauf

Bewegungs-/Stützapparat

**N** Neurol. Formenkreis

Rheumat. Formenkreis

**S** Stoffwechselerkrankungen

Hauterkrankungen

Onkologie

Psychische Erkrankungen

Sonstige \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

**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

## 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/der Vertrauensarztes/-ärztin

Datum, Unterschrift des/der leitenden Arztes/Ärztin

Erledigungsvermerke: