



# 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:  ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden  eingetragene Partnerschaft  
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  zuletz 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 2 für** **in** OptimaMed  
 Ambulant  Atemwegserkrankungen Ambulantes Rehabilitationszentrum  
 Rehabilitation  Herz-/Kreislauf Wiener Neustadt  
 Kurheilverfahren  Bewegungs-/Stützapparat  
 Erholung  Neurol. Formenkreis  
 Genesung  Rheumat. Formenkreis  
 Landaufenthalt  Stoffwechselerkrankungen  
 Hauterkrankungen  
 Sonstige

**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  mit Hilfsmittel nein  ja  Rollstuhl nein  ja   
 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"/>	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: