



# Antrag auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt

Von dem/der Versicherten (Antragsteller/in) in allen Teilen auszufüllen

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

Zuständiger Sozialversicherungsträger:

Raum für Posteingangsstempel

Familienname(n)/Nachname(n)	Vorname(n)	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:

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 Nachschicht(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 Pensionsver- sicherung 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 Pensionsver-  
sicherung 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 Versicherungs-  
trägers 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(n)/Nachname(n) \_\_\_\_\_ Vorname(n) \_\_\_\_\_ 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 Funktionseinschränkungen für das vorzuschlagende Verfahren

b) andere wichtige Hinweise (zur Kurfähigkeit bzw. Heimfähigkeit)

(Nebenerkrankungen z.B. Diabetes, TBC, Herz-Kreislauferkrankungen, Geisteskrankheiten, HIV, Sucht, ansteckende Krankheiten, andere; medikamentöse Behandlung)

**Vorgeschlagen wird****für****in**

- Rehabilitation
- Kurheilverfahren
- Erholung
- Genesung
- Landaufenthalt
- Atemwegserkrankungen
- Herz-/Kreislauf
- Bewegungs-/Stützapparat
- Neurol. Formenkreis
- Rheumat. Formenkreis
- Stoffwechselserkrankungen
- 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  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. Ablieferung, Begutachtung, Zurückweisung etc.):
Datum, Unterschrift des(r) Vertrauensarztes/-ärztin				Datum, Unterschrift des(r) leitenden Arztes/Ärztin		

Erledigungsvermerke: