



# 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)		<div>Lfd.Nr. Tag Monat Jahr</div>
Anschrift		
Versicherte(r)		<div>Lfd.Nr. Tag Monat Jahr</div>
(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist)		
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	<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

DVSV – KUR1 – V/8.10

## 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)

### Vorgeschlagen wird

- ☐ Stationäre Rehabilitation  
☐ Ambulante Rehabilitation  
☐ Kurheilverfahren/GVA  
☐ Erholung  
☐ Genesung  
☐ Landaufenthalt

### für

- ☐ Atemwegserkrankungen  
☐ Herz-/Kreislauf  
☐ Bewegungs-/Stützapparat  
☐ Neurol. Formenkreis  
☐ Rheumat. Formenkreis  
☐ Stoffwechselerkrankungen  
☐ Hauterkrankungen  
☐ Onkologie  
☐ Psychische Erkrankungen  
☐ Sonstige

### in

Moorheilbad Harbach

### 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"/>	
Datum, Unterschrift des/der Vertrauensarztes/-ärztin				Datum, Unterschrift des/der leitenden Arztes/Ärztin		

Erledigungsvermerke:

DVSV – KUR1 – R/8.10