



Antrag auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt

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

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

Raum für Posteingangsstempel

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	<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 Stelle _____ Welche Stufe _____

Zusatzangaben

Nur auszufüllen, wenn der Antrag für eine(n) Angehörige(n) gestellt wird:

Verwandtschaftsverhältnis _____ zuletzt beschäftigt bis _____

Beziehen Sie eine Pension	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Von welcher Anstalt _____
Sind Sie in der Pensionsver- sicherung freiwillig versichert	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Bei welcher Anstalt _____
Sind Sie pensions- oder unfallversichert	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Bei welcher Anstalt _____
Beziehen Sie Pflegegeld	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 StellungnahmeZutreffende 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

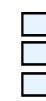
Moorheilbad Harbach

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 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 <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Begründung	bewilligt <input type="checkbox"/>	abgelehnt <input type="checkbox"/>	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/der Vertrauensarztes/-ärztin

Datum, Unterschrift des/der leitenden Arztes/Ärztin

Erledigungsvermerke:

DVS-V-KUR1-R/8.10