



KRANKENFÜRSORGEANSTALT DER BEDIENTETEN DER STADT WIEN  
1081 WIEN • SCHLESINGERPLATZ 5 • POSTFACH 0054  
TELEFON +43 1 404 36 – 0

**PARTEIENVERKEHR:**  
**7 : 30 BIS 13 : 30**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

**Sozialversicherungsnummer**

|   |   |
|---|---|
| 0 | 5 |
|---|---|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

nicht ausfüllen ↑

# ANTRAG

## auf Rehabilitations- bzw. Kuraufenthalt

**Beantragt wird:** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

**q** Rehabilitationsaufenthalt

**q** Kuraufenthalt

| a<br>VOM MITGLIED AUSZUFÜLLEN<br>ß | MITGLIED                                     | ↓<br>ANGEHÖRIGER<br><small>Bitte diese Spalte nur dann ausfüllen, wenn der Antrag für eine(n) Angehörige(n) bestimmt ist.</small> |
|------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                    | FAMILIENNAME :                               | FAMILIENNAME                                                                                                                      |
| VORNAME :                          | VORNAME :                                    |                                                                                                                                   |
| GEB. DATEN:                        | GEB. DATEN:                                  |                                                                                                                                   |
| ANSCHRIFT:                         | ANSCHRIFT:                                   |                                                                                                                                   |
| DIENSTSTELLE:                      | VERWANDTSCHAFTSVERHÄLTNIS:                   |                                                                                                                                   |
|                                    | EIGENES EINKOMMEN: <b>JA q</b> <b>NEIN q</b> |                                                                                                                                   |

Der Antragsteller / die Antragstellerin ist telefonisch unter der Tel. Nr. \_\_\_\_\_ zu erreichen.  
(möglichst die Dienststelle)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin

| a<br>VON DER KFA AUSZUFÜLLEN<br>ß | EINGELANGT: |
|-----------------------------------|-------------|
|                                   |             |
|                                   |             |
|                                   |             |
|                                   |             |

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

