



# 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	Vorname	Versicherungsnummer											
Patient(in)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
		Lfd.Nr.	Tag	Monat	Jahr								
Anschrift													
<b>Versicherte(r)</b> <small>(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist)</small> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Lfd.Nr.</td><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr> </table>						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Lfd.Nr.	Tag	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
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- (Rentalen-)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 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Von welcher Anstalt _____
Sind Sie in der Pensionsversicherung 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 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 \_\_\_\_\_  
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)

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

**Vorgeschlagen wird**

Stationäre Rehabilitation  
 Ambulante Rehabilitation  
**K** Kurheilverfahren/GVA  
 Erholung  
 Genesung  
 Landaufenthalt

**für**

Atemwegserkrankungen  
 Herz-/Kreislauf  
 Bewegungs-/Stützapparat  
**N** Neurol. Formenkreis  
 Rheumat. Formenkreis  
**S** Stoffwechselkrankungen  
 Hauterkrankungen  
 Onkologie  
 Psychische Erkrankungen  
 Sonstige

**in****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

ist gehfähig 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/der Vertrauensarztes/-ärztin

Datum, Unterschrift des/der leitenden Arztes/Ärztin

Erledigungsvermerke:

DVSV-KUR1-R/8.10