



# Antrag auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt

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

Raum für Posteingangsstempel

Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☒

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 ☐ ☐ Pensionsversicherungsträger \_\_\_\_\_
- b) aus der Arbeitslosenversicherung ☐ ☐ Geschäftsstelle des AMS \_\_\_\_\_
- c) aus der Unfallversicherung ☐ ☐ Anstalt \_\_\_\_\_
- d) vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen ☐ ☐
- e) von einem Sozialhilfeträger ☐ ☐
- f) aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis (Ruhebezug etc.) ☐ ☐ Von welcher Stelle \_\_\_\_\_
- Haben Sie einen Pensions- (Renten-)antrag gestellt ☐ ☐ Bei welcher Anstalt \_\_\_\_\_
- Sind Sie in der Pensionsversicherung freiwillig versichert ☐ ☐ Bei welcher Anstalt \_\_\_\_\_
- Beziehen Sie Pflegegeld ☐ ☐ 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

## 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  
☒ Kurheilverfahren/GVA  
 Erholung  
☐ Genesung  
☐ Landaufenthalt

### für

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

### in

Lebens.Resort Ottenschlag

### 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 ☐  
 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: