



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(n)/Nachname(n)	Vorname(n)	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: _____

Versichert als ☐ Arbeiter(in) ☐ Angestellte(r)

bzw. bei ☐ VA öffentlich Bediensteter

☐ VA für Eisenbahnen und Bergbau -

Mitgliedsnummer _____

(Bitte Einkommensnachweis beilegen!)

☐

Selbständig erwerbstätig als _____

Leisten Sie Nachtschicht(schwer)arbeit ☐ nein ☐ ja

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

für _____
Familienname(n)/Nachname(n) Vorname(n) 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 Funktionseinschränkungen 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

- ☐ Rehabilitation
☐ Kurheilverfahren
☐ Erholung
☐ Genesung
☐ Landaufenthalt

für

- ☐ Atemwegserkrankungen
☐ Herz-/Kreislauf
☐ Bewegungs-/Stützapparat
☐ Neurol. Formenkreis
☐ Rheumat. Formenkreis
☐ Stoffwechselerkrankungen
☐ Hauterkrankungen
☐ 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 ☐ 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	☐	☐		☐	☐	
Kurheilverfahren	☐	☐		☐	☐	
Erholung	☐	☐		☐	☐	
Genesung	☐	☐		☐	☐	Sonstiges (z.B. Abtretung, Begutachtung, Zurückweisung etc.):
Landaufenthalt	☐	☐		☐	☐	
Kurkostenzuschuß	☐	☐		☐	☐	
Datum, Unterschrift des(r) Vertrauensarztes/-ärztin			Datum, Unterschrift des(r) leitenden Arztes/Ärztin			

Erledigungsvermerke: