



Antrag auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt

Raum für Posteingangsstempel

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

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 | <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 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 _____ männlich weiblich
Familienname Vorname Geburtsjahr

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-Kreislaufkrankungen, 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
- Neurol. Formenkreis
- Rheumat. Formenkreis
- S Stoffwechselerkrankungen
- 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 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 | <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"/> | |
| 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"/> | |
| | | | | | | Sonstiges (z.B. Abtretung, Begutachtung, Zurückweisung etc.): |
| | | | | | | |

Datum, Unterschrift des/der Vertrauensarztes/-ärztin

Datum, Unterschrift des/der leitenden Arztes/Ärztin

Erledigungsvermerke: