



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)	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:

Familienstand: _____

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) 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: