

Antrag auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt

| von dem/der versicherten (Antragsteller/in) in allen Tellen ausz Zutreffende Felder bitte ankreuzen ⊠ Zuständiger Sozialversicherungsträger: | Raum für Posteingangsstempel | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|
| Familienname(n)/Nachname(n) Vorname(n) Versicherungsnummer | | | | | | | |
| Patient(in) | Angaben des (der) Versicherten: | | | | | | |
| Lfd.Nr. Tag Monat Jahr | Personenstand: Telefon Nr.: | | | | | | |
| Anschrift | 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, TelNr.) | | | | | | | |
| Beziehen Sie Leistungen nein ja | <u> </u> | | | | | | |
| | nerungsträger | | | | | | |
| | des AMS | | | | | | |
| | | | | | | | |
| d vom Bundesamt für Soziales und □ □ Behindertenwesen | | | | | | | |
| e) von einem Sozialhilfeträger 🗆 🗆 | | | | | | | |
| f) aus einem öffentlich-rechtlichen □ □ Von welcher Ste Dienstverhältnis (Ruhebezug etc.) | elle | | | | | | |
| Haben Sie einen Pensions- \square Bei welcher Ans (Renten-)antrag gestellt | talt | | | | | | |
| Sind Sie in der Pensionsver- □ □ Bei welcher Ans sicherung freiwillig versichert | stalt | | | | | | |
| Beziehen Sie Pflegegeld 🗆 🗆 Von welcher An | stalt 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 w | elcher Anstalt | | | | | | |
| Sind Sie in der Pensionsver- | | | | | | | |
| | elcher Anstalt | | | | | | |
| , | elcher Anstalt Welche Stufe | | | | | | |
| Beziehen Sie Pflegegeld nein □ ja □ Von w Haben Sie in den letzten fünf Jahren Rehabilitations-, Kur-, Land-, | | | | | | | |
| trägers 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 (Ar | stalt) | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | Datum und Namensstempel des/der Bearbeiters/Bearbeiterin | | | | | | |
| | | | | | | | |

| Ärztliche Stellungr | nahme Zutre | effende Feld | der bitte ank | reuzen ⊠ | | | | |
|--|--|--|---------------|--|-----------------|------------------|--|--|
| fürFamilienname(n)/Nachnam | ne(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 RRa) 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) | | | | | | | | |
| | Atemwegserkrankungen | in | | | | | | |
| □ Rehabilitation □ Herz-/Kreislauf □ Kurheilverfahren □ Bewegungs-/Stützapparat □ Erholung □ Neurol. Formenkreis □ Genesung □ Rheumat. Formenkreis □ Landaufenthalt □ Stoffwechselerkrankungen □ Hauterkrankungen □ Sonstige | | 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 □ | | | | | | | | |
| benötigt Begleitperson nein benötigt fremde Hilfe (wascher | □ ja □ für die Anreise □ n, anziehen usw.) nein □ □ ja □ | für den A ja □ | ufenthalt □ | l | | | | |
| Rettungswagen mit Sanitäter (Ambulanzwagen (ohne Sanitär Sonstiges (priv. PKW, Taxi) | liegend oder mit Tragsessel) ter) | | | | | | | |
| Datum, Unterschrift und Stempel des/der Arztes/Ärztin bzw. der Krankenanstalt | | | | | | | | |
| | Erledigung des Ve | | | | | | | |
| ja ne Rehabilitation □ □ Kurheilverfahren □ □ Erholung □ □ Cenesung □ □ Landaufenthalt □ □ Kurkostenzuschuss □ □ |]]]]] | bewilligt | abgelehnt | Aufenthaltsort Sonstiges (z.B.Abtretung, Be | gutachtung,Zurt | lckweisungetc.): | | |
| Datum, Unterschrift des/der Vertrauensarztes/-ärztin Datum, Unterschrift des/der leitenden Arztes/Ärztin | | | | | | | | |
| Erledigungsvermerke: | | | | | | | | |

HV - KUR1 - R/8.10