Formular drucken | Lokales Speichern | Formular zurücksetzen

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(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

25.10.2017
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(n)/Nachname(n) | Vorname(n) | 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 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

Kinder- und Jugendlichenrehabilitation St. Veit im Pongau, Leuwaldhof

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) _____ ☐

25.10.2017
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: