



Antrag Kinder und Jugendliche auf Rehabilitationsaufenthalt

Eingangsstempel des Versicherungsträgers

Zutreffendes bitte ankreuzen

Zuständiger Sozialversicherungsträger:

Angaben zum Kind / Jugendlichen:

Familienname / Vorname(n): <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		Versicherungsnummer: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Hauptwohnsitz (PLZ, Ort, Straße, Nr.):			
Telefon:		eMail:	
Pflegegeldbezug <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegestufe:			
Versicherte/r Name:		Versicherungsnummer: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Angaben zum Erziehungsberechtigten / zur gesetzlichen VertreterIn:

Familienname / Vorname(n): <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		Versicherungsnummer: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.):			
Telefon:		eMail:	

Hat das Kind bzw. der / die Jugendliche bereits Rehabilitationsaufenthalte mit Kostenbeteiligung eines Versicherungsträgers konsumiert?

nein ja Wann Wo

 Wann Wo

 Wann Wo

Welche Therapien wurden in den letzten 12 Monaten in welcher Einrichtung in Anspruch genommen?

.....

Datum und Unterschrift Antragssteller(in) bzw. Erziehungsberechtigte(r) / gesetzliche(r) VertreterIn

Ärztliche Stellungnahme:

Unfalltag/Akutereignis: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Datum:	Nur vom Krankenhaus auszufüllen !
	Krankenhaus:
	Aufnahmetag:
	(Voraussichtlicher) Entlassungstag:

Antragsrelevante Diagnose/n mit Angabe der Funktionseinschränkung/en (verpflichtend ist ein Befundbericht des Facharztes / Akutspitals beizulegen): ICD10-Code:
Angaben zum Rehabilitationsziel (Teilhabe-orientiert):
Relevante Nebendiagnosen/Einschränkungen:
Größe: cm Gewicht: kg
Indikationsvorschlag <input type="checkbox"/> Mobilisierende Indikationen (Ortho, NEU, KCH, NC) <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen / Pulmologische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankungen / Erkrankungen des Stoffwechselsystems und Verdauungsapparates <input type="checkbox"/> mental health (Entwicklungs- und Sozialpädiatrie / Kinder- und Jugendpsychiatrie)
Begleitperson für Aufenthalt notwendig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Begründung:
Sekundärpatienten nur bei Onkologischen Erkrankungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie viele Personen (Beiblatt befüllen!)

Optimaler Antrittstermin des Rehab-Aufenthaltes:
Patient(in) ist gehfähig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja mit Hilfsmittel <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Rollstuhl <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja benötigt fremde Hilfe (waschen, anziehen, usw.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Transport benötigt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für die Anreise wird Transport benötigt: <input type="checkbox"/> ohne Sanitäter <input type="checkbox"/> mit Sanitäter (liegend oder mit Tragsessel) <input type="checkbox"/> Privat (PKW, Taxi)

Name der/des zuständigen Ärztin/Arztes:	Telefon/DW:
	Fax:
	e-mail:
Datum	Unterschrift und Stempel

Erledigung des Versicherungsträgers:	Bewilligt:
	Abgelehnt/Sonstiges:
	Rehabilitationszentrum:
Datum, Unterschrift des(r) Leitenden Arztes/Ärztin	