



# 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)		Lfd.Nr.			
(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist)		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                  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

**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 Funktionseinschränkungen für das vorzuschlagende Verfahren

b) andere wichtige Hinweise (zur Kurfähigkeit bzw. Heimfähigkeit)

**Vorgeschlagen wird**

- Stationäre Rehabilitation
- Ambulante Rehabilitation
- K Kurheilverfahren/GVA
- Erholung
- Genesung
- Landaufenthalt

**für**

- Atemwegserkrankungen
- Herz-/Kreislauf
- Bewegungs-/Stützapparat
- N 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: