



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	Vorname	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: _____

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

