



# 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)		<input type="text"/> <small>Lfd.Nr. Tag Monat Jahr</small>			
Anschrift					
Versicherte(r) <small>(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist)</small>					
		<input type="text"/> <small>Lfd.Nr. Tag Monat Jahr</small>			
Versicherte(r) beschäftigt bei <small>(Dienstgeber(in), Dienstort, Tel.-Nr.)</small>					
<input type="text"/>					

**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 \_\_\_\_\_ für \_\_\_\_\_ 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 Funktionseinrichtungen für das vorzuschlagende Verfahren

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

### Vorgeschlagen wird

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

### für

- Atemwegserkrankungen
- Herz-/Kreislauf
- Bewegungs-/Stützapparat
- Neurol. Formenkreis
- Rheumat. Formenkreis
- Stoffwechselerkrankungen
- Hauterkrankungen
- Onkologie
- Psychische Erkrankungen
- Sonstige \_\_\_\_\_

### in

**Privatklinik Laßnitzhöhe**

### 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:

DVSV – KUR1 – R/8.10