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) (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

DVSV – KUR1 – V/8.10

5551_15_Antrag-Aufenthalt_fsch.indd 1

Ärztliche Stellungnahme

Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☒

für _____ (Familienname) _____ (Vorname) _____ (Geburtsjahr) ☐ männlich ☐ weiblich

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
- ☐ Kurheilverfahren/GVA
- ☐ Erholung
- ☐ Genesung
- ☐ Landaufenthalt

für

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

in

Lebens.Med Zentrum St. Pölten

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	☐	☐		☐	☐	
Kurheilverfahren	☐	☐		☐	☐	_____
Erholung	☐	☐		☐	☐	
Genesung	☐	☐		☐	☐	Sonstiges (z.B. Abtretung, Begutachtung, Zurückweisung etc.):
Landaufenthalt	☐	☐		☐	☐	
Kurkostenzuschuss	☐	☐		☐	☐	_____

_____
Datum, Unterschrift des/der Vertrauensarztes/-ärztin

_____
Datum, Unterschrift des/der leitenden Arztes/Ärztin

Erledigungsvermerke:

DVSV– KUR1 – R/8.10