



# 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pensionsversicherungsträger _____
b) aus der Arbeitslosenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geschäftsstelle des AMS _____
c) aus der Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anstalt _____
d) vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) von einem Sozialhilfeträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis (Ruhebezug etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Von welcher Stelle _____
Haben Sie einen Pensions- (Renten-)antrag gestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei welcher Anstalt _____
Sind Sie in der Pensionsversicherung freiwillig versichert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei welcher Anstalt _____
Beziehen Sie Pflegegeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Von welcher Anstalt _____
Sind Sie in der Pensionsversicherung freiwillig versichert	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Bei welcher Anstalt _____
Sind Sie pensions- oder unfallversichert	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Bei welcher Anstalt _____
Beziehen Sie Pflegegeld	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	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 Funktionseinrichtungen für das vorzuschlagende Verfahren

b) andere wichtige Hinweise (zur Kurfähigkeit bzw. Heimfähigkeit)  
 (Nebenerkrankungen z.B. Diabetes, TBC, Herz-Kreislaufkrankungen, Geisteskrankheiten, HIV, Sucht, ansteckende Krankheiten, andere: medikamentöse Behandlung)

**Vorgeschlagen wird**

- Ambulante
- Rehabilitation Phase 2
- Kurheilverfahren
- Erholung
- Genesung
- Landaufenthalt

**für**

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

**in** Ambulantes Rehasentrum Innsbruck,  
 Neuhauserstraße 5, 6020 Innsbruck

**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: