



# 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                                       | <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 3
- Kurheilverfahren
- Erholung
- Genesung
- Landaufenthalt

### für

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

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: