# 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 18.10.22 09:30

## 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 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 ambulante psych. Reha Phase II / BBRZ MED GmbH

**in**

Zentrum für seelische Gesundheit LEO/SIM

**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