



Antrag auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt

**Vorderseite:
Auszufüllen von/m
Patient*in**

Von dem/der Versicherten (Antragsteller/in) in allen Teilen auszufüllen

Zutreffende Felder bitte ankreuzen
Zuständiger Sozialversicherungsträger: z. B. PVA/AUVA/ÖGK...

Raum für Posteingangsstempel

Familienname	Vorname	Versicherungsnummer
Patient(in)		0000 01 01 80
Lfd.Nr. Tag Monat Jahr		
Max Mustermann		
Anschrift		
Musterstraße 1, 6020 Musterstadt		
Versicherte(r)		
(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist)		
Bleibt i. d. Regel leer		
Monat Jahr		
Versicherte(r) beschäftigt bei (Dienstgeber(in), Dienstort, Tel.-Nr.)		
Musterarbeitgeber		

Angaben des (der) Versicherten:

Personenstand: ledig Telefon Nr.: 1010 11111
Anschrift: Musterstraße 1, 6020 Musterstadt

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 _____

**Von/m Patient*in
auszufüllen**

Zusatzangaben Nur auszufüllen, wenn der Antrag für eine(n) Angehörige(n) gestellt wird:

Verwandtschaftsverhältnis _____ zuletzt beschäftigt bis _____

Beziehen Sie eine Pension nein **Bleibt i. d. Regel leer**

Sind Sie in der Pensionsversicherung freiwillig versichert nein _____

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 _____ **Von/m Patient*in auszufüllen**

Wann _____ Wo _____

20.12.2022
Datum, Unterschrift des _____

**Unterschrift
Patient*in**

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

Rückseite:
Auszufüllen von
Arzt/Ärztin

Ärztliche Stellungnahme

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

für Mustermann Max
Familiename Vorname Geburtsjahr männlich weiblich

Aktuelle Vorgeschichte – soweit antragsrelevant
(Beginn, Arbeitsunfall, Berufserkrankung, Privatunfall, Vorbehandlung sowie Spitalsaufenthalte und Operationen mit **Datumsangabe**)

Antragsrelevante Diagnose

<input checked="" type="checkbox"/> Körperliche Fatigue nach Covid-19 > Bei Long-Covid die genauen Beschwerden angeben!	<input checked="" type="checkbox"/> Zustand nach Bypass-OP	<input checked="" type="checkbox"/> COPD II
--	--	---

Befunde (allenfalls als Beilage angeschlossen) Größe Gewicht RR

a) maßgebliche Befunde und Funktionseinrichtungen für das vorzuschlagende Verfahren

b) andere wichtige Hinweise (zur Kurfähigkeit)

Eine Reha nach Corona fällt unter den Punkt
„Atemwegserkrankungen“

Aufnahme: Patient*in hat vorrangig neurologische/kardiologische Probleme

Vorgeschlagen wird

<input type="checkbox"/> Stationäre Rehabilitation	<input checked="" type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen
<input checked="" type="checkbox"/> Ambulante Rehabilitation	<input checked="" type="checkbox"/> Herz-/Kreislauf
<input type="checkbox"/> Kurheilverfahren/GVA	<input type="checkbox"/> Bewegungs-/Stützapparat
<input type="checkbox"/> Erholung	<input type="checkbox"/> Neurol. Formenkreis
<input type="checkbox"/> Genesung	<input type="checkbox"/> Rheumat. Formenkreis
<input type="checkbox"/> Landaufenthalt	<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen
	<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen
	<input type="checkbox"/> Onkologie
	<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen
	<input type="checkbox"/> Sonstige <u> </u>

in

RehaMED-Tirol GmbH – Reha Innsbruck
Grabenweg 9, 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)

z. B. körperliche Verbesserung

Patient(in)

ist heilmäßig nein ja ist kurfähig nein ja benötigt Diät nein ja Art

ist gehfähig nein ja Rollstuhl nein ja

benötigt Begleitperson für den Aufenthalt

benötigt fremde Hilfe (während Aufenthalt) ja

benötigt Transport nein ja

Rettungswagen mit Sanitäter (liegend oder mit Tragsessel)

Ambulanzwagen (ohne Sanitäter)

Sonstiges (priv. PKW, Taxi)

Unrelevant bei
ambulanter Reha

Unterschrift
Arzt/Ärztin

Datum, Unterschrift und Stelle

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"/>	Sonstiges (z.B. Abtretung, Begutachtung, Zurückweisung etc.)
Kurkostenzuschuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Datum, Unterschrift des/der Vertrauensarztes/-ärztin

Erledigungsvermerke:

Faxnummern Sozialversicherungen:
Mit Hilfe des Reha-Antrags wird die Rehabilitation beim
zuständigen Sozialversicherungsträger beantragt.

ÖGK: 0507661851610
SVS: 050808 98 49
BVA: 050405 21 009
KUF: 0512 508 742 155