



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
Max Mustermann		
Anschrift		
Musterstraße 1, 6020 Musterstadt		
Versicherte(r)		
(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist)		
Bleibt i. d. Regel leer		
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

a) aus der Pensionsversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	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

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 ja

Sind Sie in der Pensionsversicherung freiwillig versichert nein ja

Sind Sie pensions- oder unfallversichert nein ja ja ja Bei welcher Anstalt _____

Beziehen Sie Pflegegeld nein ja ja Von welcher Stelle _____ Welche Stufe _____

Bleibt i. d. Regel leer

Haben Sie in den letzten fünf Jahren Rehabilitations-, Kur-, Land-, Erholungsaufenthalte mit Kostenbeteiligung eines Versicherungsträgers konsumiert?

nein ja Wann _____

Wann _____ Wo _____ Datum, Unterschrift des _____

Von/m Patient*in auszufüllen

Unterschrift
Patient*in

Anmerkungen des Versicherungsträgers

Entsendung bzw. Zuschüsse in den letzten 5 Kalenderjahren vor der Antragstellung

Jahr	von – 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
Familienname Vorname Geburtsjahr männlich weiblich

Aktuelle Vorgeschichte – soweit antragsrelevant

(Beginn, Arbeitsunfall, Berufserkrankung, Privatunfall, Vorbehandlung sowie Spitalsaufenthalte und Operationen mit **Datumsangabe**)

Antragsrelevante Diagnose



Körperliche Fatigue nach Covid-19
 > Bei Long-Covid die genauen Beschwerden angeben!



Zustand nach Bypass-OP



COPD II

Befunde (allenfalls als Beilage angeschossen) 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

- 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

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 neimfähig ja nein ja ist kurfähig ja nein ja benötigt Diät ja nein ja Art _____
- ist gehfähig ja nein ja Rollstuhl ja nein ja
- benötigt Begleitperson ja nein ja für den Aufenthalt
- benötigt fremde Hilfe (wenn ja) ja nein ja
- benötigt Transport ja nein ja
- Rettungswagen mit Sanitäter (liegend oder mit Tragsessel)
- Ambulanzwagen (ohne Sanitäter)
- Sonstiges (priv. PKW, Taxi) _____

**Unrelevant bei
ambulanter Reha**

**Unterschrift
Arzt/Ärztin**

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

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**