



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 z. B. PVA/AUVA/ÖGK...
Zuständiger Sozialversicherungsträger:

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)		Monat Jahr
(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 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 _____ 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 _____

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 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

- 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 ist kurfähig ja benötigt Diät ja Art _____

ist gehfähig ja Rollstuhl ja _____

benötigt Begleitperson für den Aufenthalt

benötigt fremde Hilfe (während des Aufenthalts) ja

benötigt Transport ja

Rettungswagen mit Sanitäter (liegend oder mit Tragsessel)

Ambulanzwagen (ohne Sanitäter)

Sonstiges (priv. PKW, Taxi) _____

**Unrelevant bei
ambulanter Reha**

**Unterschrift
Arzt/Ärztin**

Erladigung 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

**Kommunikationskanäle
der Sozialversicherungen:**

**PVA: System DaMe
 ÖGK: Gesundheitsportal & FTAPI
 SVS: Gesundheitsportal
 BVAEB: Gesundheitsportal**

KUR1 – R/8.10