



Antrag auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt

Raum für Posteingangsstempel

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

Zutreffende Felder bitte ankreuzen
Zuständiger Krankenversicherungsträger:

Familienname(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer			
Patient(in)		2010	20	10	20
Max Mustermann		Lfd. Nr.	Tag	Monat	Jahr
Anschrift					
Musterstr. 20, 1020 Musterstadt					
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:

Familienstand: _____ Telefon Nr.: _____

Anschrift: _____

Versichert als Arbeiter(in) Angestellte(r)

Selbständig erwerbstätig als _____

Leisten Sie Nachtschicht(schwer)arbeit nein ja

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

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 drei Jahren Rehabilitations-, Kur-, Land-, Erholungsaufenthalte mit Kostenbeteiligung eines Versicherungsträgers konsumiert?
nein ja Wann _____ Wo _____

Datum, Unterschrift des/der Versicherten (Antragstellers/Antragstellerin)

Anmerkung 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 1920 männlich weiblich
Familienname(n) Vorname(n) Geburtsjahr

Aktuelle Vorgeschichte – soweit antragsrelevant

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

Lymphödembezogene Diagnose: Beispiele:

Sek. Lymphödem axill. nach MammaOP Stad. II,
 Sek. Lymphödem ing. nach Prostata CA Stad. II,

Sek. Lymphödem inguinal nach Wertheim OP, Stad. II,
 Prim. Lymphödem bd.Beine Stad. II - III

Antragsrelevante Diagnose

Rez. Erysipele, Papillomatose usw.

Befunde (allenfalls als Beilage angeschlossen) Größe 180 Gewicht 85 RR 150/80

a) maßgebliche Befunde und Funktionseinschränkungen für das vorzuschlagende Verfahren

b) andere wichtige Hinweise (zur Kurfähigkeit bzw. Heimfähigkeit)

(Nebenerkrankungen z. B. Diabetes, TBC, Herz-Kreislauferkrankungen, Geisteskrankheiten, HIV, Sucht, ansteckende Krankheiten, andere; medikamentöse Behandlung)

Vorgeschlagen wird

- Rehabilitation
- Kurheilverfahren
- Erholung
- Genesung
- Landaufenthalt

für

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

in

**Wittlinger Therapiezentrum
Walchsee**

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"/>	Sonstiges (z. B. Ableitung, Begutachtung, Zurückweisung etc.)
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"/>	

Datum, Unterschrift des(r) Vertrauensarztes/-ärztin

Datum, Unterschrift des(r) leitenden Arztes/Ärztin

Erledigungsvermerke: