



Antrag auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt

Raum für Posteingangsstempel

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

Zutreffende Felder bitte ankreuzen
Zuständige(r) Krankenversicherungsträger((Anstalt): _____

2

Familienname(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer			
Patient(in)		Lfd.Nr.	Tag	Monat	Jahr
Anschrift					
Versicherte(r)		Versicherungsnummer			
(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)
 bzw. bei VA öffentlich Bedienstete
 VA d. österr. Eisenbahnen -
 Mitgliedsnummer _____
 (Bitte Einkommensnachweis beilegen!)

Selbständig erwerbstätig als _____

Leisten Sie Nachtschicht(schwer)arbeit nein ja

3

Beziehen Sie Leistungen	nein	ja	
a) aus der Pensionsversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 _____

4

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 _____

5

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)

6

7

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

Antrag auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt

Hinweise für die Ausfertigung der Vorderseite (Patientenauskunft)

Achtung! Antragsteller = Patient

- ① Anzuführen ist jener Versicherungsträger, der für den/die Antragsteller(in) leistungszuständig ist (kann dem Kranken- oder Überweisungsschein entnommen werden).
- ② Identifikationsteil (analog zu Kranken- oder Überweisungsschein)
 - 2a Anzugeben sind Familienname(n), Vorname(n) und die Versicherungsnummer des Antragstellers
 - 2b Anzugeben ist die Adresse (PLZ, Ort, Straße, Haus-, Stiegen- und Tür-Nummer) des Antragstellers
 - 2c Anzugeben sind Familienname(n), Vorname(n) und die Versicherungsnummer des VERSICHERTEN.
Die Angabe ist nur erforderlich, wenn der Antrag von einem mitversicherten Angehörigen gestellt wird.
 - 2d Anzugeben sind der Name des Dienstgebers, der Dienstort und die Telefonnummer des Dienstgebers des unselbständig beschäftigten Versicherten.
(Keine Angaben bei erwerbslosen (Pensionisten, Arbeitslosen etc.) oder selbständig erwerbstätigen Versicherten!)
- ③ Versichertenaukunft
Dieser Teil des Antrages ist vom Versicherten in jedem Fall und unabhängig vom Status des Antragstellers auszufüllen, wobei zutreffende Felder anzukreuzen und gegebenenfalls auch textlich zu ergänzen sind.
- ④ Angehörigenaukunft
Dieser Teil des Antrages ist auszufüllen, wenn der Antrag von bzw. für einen mitversicherten Angehörigen gestellt wird, wobei zutreffende Felder anzukreuzen und gegebenenfalls auch textlich zu ergänzen sind.
- ⑤ Die Frage ist vom Antragsteller zwingend zu beantworten.
- ⑥ Der/die Antragsteller(in) hat die Richtigkeit/Vollständigkeit seiner Angaben mit Datum und Unterschrift zu bestätigen.
- ⑦ In diesem Teil des Antrages bitte keine Eintragungen vornehmen!

Ärztliche Stellungnahme

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

für _____ Familienname(n) _____ Vorname(n) _____ 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 Funktionseinschränkungen für das vorzuschlagende Verfahren

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

(Nebenerkrankungen z.B. Diabetes, TBC, Herz-Kreislaufferkrankungen, 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

Reha-Klinik Montafon

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. Abtretung, 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:

Antrag auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt

Hinweise für die Ausfertigung der Rückseite (Ärztliche Stellungnahme)

Sehr geehrte(r) Frau / Herr Doktor!

Bitte unterstützen Sie die Sozialversicherung bei ihren Bemühungen, den gegenständlichen Antrag einer raschen Erledigung zuzuführen, durch eine ausführliche und präzise ärztliche Stellungnahme im Sinne nachfolgend beschriebener Erfordernisse!

- ① Anzugeben sind die Familienname(n), Vorname(n), das Geburtsjahr und das Geschlecht (zutreffendes Feld bitte ankreuzen) des Patienten, für den die ärztliche Stellungnahme abgegeben wird.
- ② Soweit antragsrelevant, ist die Ursache für die Gesundheitsschädigung, die zu diesem Antrag führt und deren Beginn und medizinische Folgen (wie im Klammerausdruck beispielhaft angeführt) zu beschreiben. Spitalsaufenthalte und Operationen bitte mit Datumsangabe(n) versehen.
- ③ Anzugeben ist die den Antrag auslösende Diagnose (ICD 10-Angabe wäre hilfreich)
- ④ Größe, Gewicht und Blutdruck des Patienten zum Zeitpunkt der Antragstellung sind anzugeben.
- ⑤ Die im vorgeschlagenen Rehabilitationsverfahren zu beachtenden vorhandenen Funktionseinschränkungen (Behinderungen) des Patienten sind bekanntzugeben. Maßgebliche Befunde sind (in Kopie) dem Antrag beizulegen.
- ⑥ **Die Rehabilitationsfähigkeit des Patienten ist**, im Hinblick auf die erforderliche Festlegung des Rehabilitationsbeginnes, besonders wichtig und daher **ausführlich zu beschreiben**. Etwaige **Nebenerkrankungen, medikamentöse Behandlungen**, die im Rahmen des Rehabilitationsverfahren zu beachten sind, **sind lückenlos anzuführen**.
Achtung! Der Patient muss soweit wiederhergestellt sein, dass rehabilitationsmedizinische Maßnahmen im Mindestausmaß von 2-3 Stunden täglich durchgeführt werden können!
- ⑦ Geben Sie, durch ankreuzen der entsprechenden Felder und gegebenenfalls textliche Ergänzung, Ihren Vorschlag bezüglich Maßnahme, Indikation und Behandlungsort bekannt.
- ⑧ Begründen Sie bitte, unter Hinweis auf die persönliche Situation des Patienten, die von Ihnen vorgeschlagene Maßnahme und die medizinische, berufliche oder soziale Zielsetzung, die Sie damit verfolgen.
- ⑨ Geben Sie, durch ankreuzen der entsprechenden Felder und gegebenenfalls textliche Ergänzung, die notwendigen Hinweise auf die Heimfähigkeit, Gehfähigkeit des Patienten und die von ihm benötigten Hilfen und Transportmittel.
- ⑩ Bestätigen Sie die Vollständigkeit der von Ihnen verfassten ärztlichen Stellungnahme mit Datum, (Arzt)Stampiglie und Ihrer Unterschrift.
- ⑪ In diesem Teil des Antrages bitte keine Eintragung(en) vornehmen!

Danke