



Antrag auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt

Raum für Posteingangsstempel

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

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

Zuständiger Sozialversicherungsträger: _____

Familienname(n)/Nachname(n)		Vorname(n)		Versicherungsnummer			
Patient(in)				Lfd.Nr.	Tag	Monat	Jahr
Anschrift							
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:

Personenstand: _____ Telefon Nr.: _____

Anschrift: _____

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 _____

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 fünf Jahren Rehabilitations-, Kur-, Land-, Erholungsaufenthalte mit Kostenbeteiligung eines Versicherungsträgers konsumiert?

nein ja Wann _____ Wo _____

Wann _____ Wo _____ Datum, Unterschrift des/der Versicherten (Antragstellers/Antragstellerin)

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

