



# 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)   |  |            |  |                     |  |            |  |
| <small>(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist)</small>          |  | Lfd.Nr.    |  | Tag                 |  | Monat Jahr |  |
| Versicherte(r) beschäftigt bei <small>(Dienstgeber(in), Dienstort, Tel. Nr.)</small> |  |            |  |                     |  |            |  |

### Angaben des (der) Versicherten:

Personenstand: \_\_\_\_\_ Telefon Nr.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Versichert als  Arbeiter(in)  Angestellte(r)  
 bzw. bei  VA öffentlich Bediensteter  
 VA für Eisenbahnen und Bergbau -  
 Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_  
 (Bitte Einkommensnachweis beilegen!)

\_\_\_\_\_

Selbständig erwerbstätig als \_\_\_\_\_  
 Leisten Sie Nachtschicht(schwer)arbeit  nein  ja

|   |                          |                          |  |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| 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 _____ |

### Zusatzangaben Nur auszufüllen, wenn der Antrag für eine(n) Angehörige(n) gestellt wird:

Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_ zuletzt beschäftigt bis \_\_\_\_\_

Beziehen Sie eine Pension  ja  nein  Von welcher Anstalt \_\_\_\_\_

Sind Sie in der Pensionsversicherung freiwillig versichert  ja  nein  Bei welcher Anstalt \_\_\_\_\_

Sind Sie pensions- oder unfallversichert  ja  nein  Bei welcher Anstalt \_\_\_\_\_

Beziehen Sie Pflegegeld  ja  nein  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

