



# 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	Vorname	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	<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	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Von welcher Anstalt _____
Sind Sie in der Pensionsversicherung freiwillig versichert	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Bei welcher Anstalt _____
Sind Sie pensions- oder unfallversichert	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Bei welcher Anstalt _____
Beziehen Sie Pflegegeld	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	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

