



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
Anschritt							
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: _____

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 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

