



# 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: \_\_\_\_\_

Familiename(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:

Familienstand: \_\_\_\_\_ 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

