



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

☐☐

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

DVSV – KUR1 – V/8.10

Ärztliche Stellungnahme

Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☒

für _____
Familienname Vorname Geburtsjahr ☐ männlich ☐ weiblich

Aktuelle Vorgeschichte – soweit antragsrelevant

(Beginn, Arbeitsunfall, Berufserkrankung, Privatunfall, Vorbehandlung sowie Spitalsaufenthalte und Operationen mit **Datumsangabe**)

Antragsrelevante Diagnose

Befunde (allenfalls als Beilage angeschlossen)

Größe

Gewicht

RR

a) maßgebliche Befunde und Funktionseinrichtungen für das vorzuschlagende Verfahren

b) andere wichtige Hinweise (zur Kurfähigkeit bzw. Heimfähigkeit)

Vorgeschlagen wird

- ☒ Stationäre Rehabilitation
☐ Ambulante Rehabilitation
☐ Kurheilverfahren/GVA
☐ Erholung
☐ Genesung
☐ Landaufenthalt

für

- ☐ Atemwegserkrankungen
☐ Herz-/Kreislauf
☐ Bewegungs-/Stützapparat
☐ Neurol. Formenkreis
☐ Rheumat. Formenkreis
☐ Stoffwechselerkrankungen
☐ Hauterkrankungen
☐ Onkologie
☒ Psychische Erkrankungen
☐ Sonstige

in

Privatklinik Hollenburg

Hinweis:

Der vorgeschlagene Ort wird nach Möglichkeit berücksichtigt; medizinische Notwendigkeiten sind jedoch vorrangig.

Begründung für die vorgeschlagene Maßnahme (Berufsbild, medizinische, berufliche oder soziale Zielsetzung)

Patient(in)

ist heimfähig nein ☐ ja ☐ ist kurfähig nein ☐ ja ☐ benötigt Diät nein ☐ ja ☐ Art

ist gehfähig nein ☐ ja ☐ mit Hilfsmittel nein ☐ ja ☐ Rollstuhl nein ☐ ja ☐

benötigt Begleitperson nein ☐ ja ☐ für die Anreise ☐ für den Aufenthalt ☐

benötigt fremde Hilfe (waschen, anziehen usw.) nein ☐ ja ☐

benötigt Transport nein ☐ ja ☐

Rettungswagen mit Sanitäter (liegend oder mit Tragsessel)

Ambulanzwagen (ohne Sanitäter)

Sonstiges (priv. PKW, Taxi)

Datum, Unterschrift und Stempel des/der Arztes/Ärztin bzw. der Krankenanstalt

Erledigung des Versicherungsträgers

	ja	nein	Begründung	bewilligt	abgelehnt	Aufenthaltsort
Rehabilitation	☐	☐		☐	☐	
Kurheilverfahren	☐	☐		☐	☐	
Erholung	☐	☐		☐	☐	
Genesung	☐	☐		☐	☐	
Landaufenthalt	☐	☐		☐	☐	
Kurkostenzuschuss	☐	☐		☐	☐	
						Sonstiges (z.B. Abtretung, Begutachtung, Zurückweisung etc.):

Datum, Unterschrift des/der Vertrauensarztes/-ärztin

Datum, Unterschrift des/der leitenden Arztes/Ärztin

Erledigungsvermerke:

DVSV- KUR1 – R/8.10