



--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

0	5
---	---

--	--

Sozialversicherungsnummer

nicht ausfüllen ↑

ANTRAG

auf Rehabilitations- bzw. Kuraufenthalt

Beantragt wird: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Rehabilitationsaufenthalt

Kuraufenthalt

a VOM MITGLIED AUSZUFÜLLEN b	MITGLIED	ANGEHÖRIGER
		↓ <small>Bitte diese Spalte nur dann ausfüllen, wenn der Antrag für eine(n) Angehörige(n) bestimmt ist.</small>
	FAMILIENNAME :	FAMILIENNAME
	VORNAME :	VORNAME :
	GEB. DATEN:	GEB. DATEN:
	ANSCHRIFT:	ANSCHRIFT:
DIENSTSTELLE:	VERWANDTSCHAFTSVERHÄLTNIS: EIGENES EINKOMMEN: JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	

Der Antragsteller / die Antragstellerin ist telefonisch unter der Tel. Nr. _____ zu erreichen.
(möglichst die Dienststelle)

 Datum

 Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin

a VON DER KFA AUSZUFÜLLEN b	EINGELANGT:
	EINGELADEN FÜR:

à VOM BEHANDELNDEN ARZT AUSZUFÜLLEN ß	Befund und Antrag des behandelnden Arztes FÜR _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin: 0 auto;"> ZUNAME VORNAME GEBURTSJAHR </div> GRÖSSE: _____ GEWICHT: _____ SENKUNG: _____ EKG: _____ ☑ Rehabilitationsaufenthalt ☑ Kuraufenthalt in: Moorheilbad Harbach
	DIAGNOSE: _____
	BEFUNDE: _____
	BEHANDLUNGSNACHWEISE: <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> _____ <small>UNTERSCHRIFT UND STAMPIGLE DES BEHANDELNDEN ARZTES</small> </div>

à BITTE HIER NICHTS EINTRAGEN ß	Vertrauensärztliche Stellungnahme <div style="text-align: right;"> ☑ Rehabilitationsaufenthalt ☑ Kuraufenthalt Diät: _____ </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> _____ <small>UNTERSCHRIFT DES VERTRAUENSARZTES</small> </div>	
	ENTSCHEIDUNG: bewilligt: _____ abgelehnt: _____ _____	EINGETEILT FÜR: RECHNUNGSPRÜFSTELLE: (Stampiglie)
	Wien, am _____ <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> Der Generaldirektor </div> VERSTÄNDIGT AM: _____	