



# Antrag auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt

Von dem/der Versicherten (Antragsteller/in) in allen Teilen auszufüllen

Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☒

Zuständiger Sozialversicherungsträger: \_\_\_\_\_

Raum für Posteingangsstempel

|                                                                       |         |                     |     |       |      |
|-----------------------------------------------------------------------|---------|---------------------|-----|-------|------|
| 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

