



# 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)		Lfd.Nr.			
(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist)		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

