

AUSFÜLLHILFE REHAANTRAG

Reha mit Herz

herz**kreislauf** ●●●
zentrum GROSS GERUNGS

Antrag auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt
Von dem/der Versicherten (Antragstellerin) in allen Teilen auszufüllen

Zustreffende Felder bitte ankreuzen! Zuständiger Sozialversicherungsträger:

Angaben des (der) Versicherten:
Personenstand: _____
Anschett: _____ Telefon Nr.: _____
Versichert als: Arbeiter(in) Angestellte(r)
bzw. bei: öffentlich Bediensteter Mitgliednummer (bitte Einkommensbescheinigung beifügen)
 Selbstständig/erwerblos als Leber/Sie Nachschichtschichtarbeiter nein ja

Bestehen Sie Leistungen:
a) aus der Arbeitslosenversicherung nein ja
b) aus der Unfallversicherung nein ja
c) vom Bundesamt für Sozialversicherung nein ja
d) von einem Sozialversicherungsträger nein ja
e) aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis (Ruhebezug etc.) nein ja
f) haben Sie einen Pensionsanspruch? ja nein
g) sind Sie in der Pensionsversicherung freiwillig versichert? ja nein
h) bestehen Sie Pflichten? ja nein

Zusatzangaben: Nur auszufüllen, wenn der Antrag für einen (Angewandten) gestellt wird.
Vorwandschaftsverhältnis: _____ Welche Stufe: _____
Sind Sie in der Pensionsversicherung freiwillig versichert? ja nein nicht
Sind Sie persönlich oder unfähig/erkrankter? ja nein nicht
Bestehen Sie Pflichten? ja nein nicht
Haben Sie in den letzten fünf Jahren Rehabilitations-, Kur-, Lang-, Erholungsaufenthalte mit Kostenübernahme eines Versicherungs-trägers konsumiert? ja nein nicht
Wann? Wo? Welche Stufe? _____
Wann? Wo? Welche Stufe? _____

Anmerkungen des Versicherungs-trägers:
Entscheidungs-Grundlagen in den letzten 5 Jahren vor der Antragstellung:
Jahr: _____ von bis _____ Datum: _____
Kur- oder Aufenthaltsort (Anstalt): _____ Datum: _____
Daten und Informationen dieser Bescheinigung sind Eigentum der Bundesagentur für Arbeit.



Kompetenzzentrum
für kardiale Gesundheit

WICHTIGE PUNKTE...

...die nicht vergessen werden sollten

Für eine korrekte Zuteilung der Patienten, sind folgende Punkte wichtig

Diagnosen mit Datum

Besonders das Datum ist wichtig für die Planung des Aufenthalts

Befunde: Körpergröße und Gewicht

Richtige Zuordnung der Betten, Spezialbett, Betteinsatz

Besonderheiten: CPAP, Sauerstoff, Dialyse

Wichtig für die Zimmer- & Terminvergabe

Pflegebedarf: Mobilität, Unterstützungsbedarf

Wichtig für die Zimmereinteilung, Barrierefreiheit

Ansprechpartner bei Fragen:



Teamleitung Pflegedienst
DGKP Elfriede Stiedl
02812 / 8681 - 560

Reservierungsbüro
02812 / 8681 - 250

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

für

Familienname(n)/Nachname(n) Vorname(n) Geburtsjahr männlich weiblich

Aktuelle Vorgeschichte - soweit antragsrelevant
(Beginn, Arbeitsunfall, Berufserkrankung, Privatunfall, Vorbehandlung sowie Spitalsaufenthalte und Operationen mit Datumsangabe)

Antragsrelevante Diagnose
Diagnose Beispiel, TT. MM. JJJJ

Befunde (allenfalls als Beilage angeschlossen) Größe XXX cm Gewicht XX kg RR

a) maßgebliche Befunde und Funktionseinschränkungen für das vorzuschlagende Verfahren

b) andere wichtige Hinweise (zur Kurfähigkeit bzw. Heimfähigkeit)
(Nebenerkrankungen z.B. Diabetes, TBC, Herz-Kreislauferkrankungen, Geisteskrankheiten, HIV, Sucht, ansteckende Krankheiten, andere; medikamentöse Behandlung)

Vorgeschlagen wird für in

<input type="checkbox"/> Rehabilitation	<input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen	Hinweis: Der vorgeschlagene Ort wird nach Möglichkeit berücksichtigt; medizinische Notwendigkeiten sind jedoch vorrangig.
<input type="checkbox"/> Kurheilverfahren	<input type="checkbox"/> Herz-/Kreislauf	
<input type="checkbox"/> Erholung	<input type="checkbox"/> Bewegungs-/Stützapparat	
<input type="checkbox"/> Genesung	<input type="checkbox"/> Neurol. Formenkreis	
<input type="checkbox"/> Landaufenthalt	<input type="checkbox"/> Rheumat. Formenkreis	
	<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen	
	<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen	
	<input type="checkbox"/> Sonstige <input type="text"/>	

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

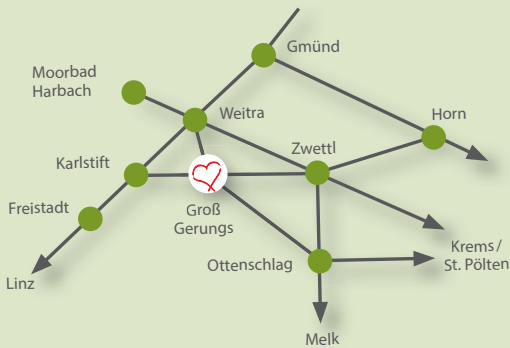
	ja	nein	Begründung	bewilligt	abgelehnt	Aufenthaltsort
Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kurheilverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erholung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Genesung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Landaufenthalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kurkostenzuschuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						Sonstiges (z.B. Abtretung, Begutachtung, Zurückweisung etc.):

Datum, Unterschrift des/der Vertrauensarztes/-ärztin

Datum, Unterschrift des/der leitenden Arztes/Ärztin

Erledigungsvermerke:

HV - KUB1 - B/8.10



Herz-Kreislauf-Zentrum Groß Gerungs
Kreuzberg 310, 3920 Groß Gerungs
Tel.: 02812 8681 0
www.herz-kreislauf.at

VIELEN DANK!

herzkreislauf●●●
zentrum GROSS GERUNGS