

# AUSFÜLLHILFE REHAANTRAG



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

**Antrag auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt**

Zusätzliche Vorkosten (Krankenkasse) in allen Fällen einzeichnen

**Patienten**

**Angaben des (der) Versicherten:**

**Satzungen über Leistungen**

**Zustimmungen**

**Anmerkungen**



# WICHTIGE PUNKTE...

## ...die nicht vergessen werden sollten

Für eine korrekte Zuteilung, sind folgende Punkte besonders wichtig

### Persönliche Daten

Versicherungsnummer, Vor- und Nachname, Anschrift  
Falls mit Angehörigem mitversichert: Name und Versicherungsnummer des Versicherten

### Telefonnummer: Handy & Festnetz \* E-Mail Adresse

Alle Kontaktdaten angeben. Wichtig zur Kontaktaufnahme bei Rückfragen.

### Pflegegeld / Pflegestufe: Unterstützungsbedarf

Wichtig für die Zimmereinteilung, Barrierefreiheit

### Ansprechpartner bei Fragen:

<b>Terminvergabe</b> 02812 / 8681 - 250
--

<b>Aufnahmemanagement</b> 02812 / 8681 - 251
---

[www.herz-kreislauf.at/patient](http://www.herz-kreislauf.at/patient)



## 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

<b>Familiennamen/Nachname(n)</b> _____ <b>Vorname(n)</b> _____ <b>Versicherungsnummer</b> _____ <b>Patent(in)</b> _____ Lfd.Nr. Tag Monat Jahr <b>Max Mustermann</b> <b>Anschrift</b> Musterstraße 1, 1234 Musterhausen <b>Versicherte(r)</b> (Nur ausfüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist) _____ Lfd.Nr. Tag Monat Jahr <b>Versicherte(r) beschäftigt bei</b> (Dienstgeber(in), Dienstort, Tel. Nr.) _____	<b>Angaben des (der) Versicherten:</b> Personenstand: _____ * <b>Telefon Nr.: 0664/1111111</b> Anschrift: _____ Versichert als <input type="checkbox"/> Arbeiter(in) <input type="checkbox"/> Angestellte(r) bzw. bei <input type="checkbox"/> VA öffentlich Bediensteter <input type="checkbox"/> VA für Eisenbahnen und Bergbau - Mitgliedsnummer _____ (Bitte Einkommensnachweis beilegen!) <input type="checkbox"/> _____ Selbständig erwerbstätig als _____ Leisten Sie Nachtschicht(schwer)arbeit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
---	---

**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 \_\_\_\_\_

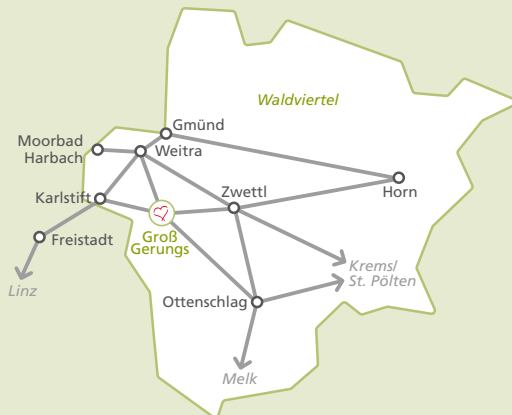
Haben Sie in den letzten fünf Jahren Rehabilitations-, Kur-, Land-, Erholungsaufenthalte mit Kostenbeteiligung eines Versicherungsträgers konsumiert?  
nein  ja  Wann \_\_\_\_\_ Wo \_\_\_\_\_  
Wann \_\_\_\_\_ Wo \_\_\_\_\_ Datum, Unterschrift des/der Versicherten (Antragstellers/Antragstellerin)

**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

HR - KUR1 - V.8.10



## Herz-Kreislauf-Zentrum Groß Gerungs

Kreuzberg 310, 3920 Groß Gerungs

Tel.: 02812 8681 0

[www.herz-kreislauf.at](http://www.herz-kreislauf.at)

## BEGLEITPERSON

**Tanken Sie gemeinsam Kraft**

Gerne können Sie eine Begleitperson (Partner, Angehöriger) während des Rehabilitationsaufenthaltes in unser Haus mitbringen.

Informationen finden Sie unter:

[www.herz-kreislauf.at/begleitpersonen](http://www.herz-kreislauf.at/begleitpersonen)

02812 / 8681 - 250