



# 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(n)/Nachname(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer
Patient(in)		2559 25 09 90
Lfd.Nr. Tag Monat Jahr		
MUSTERMANN MAXIMILIAN		
Anschrift		
MUSTERMANNSTRASSE 1; 1010 WIEN		
Versicherte(r)		
<small>(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist)</small>	Lfd.Nr. Tag Monat Jahr	
Versicherte(r) beschäftigt bei (Dienstgeber(in), Dienstort, Tel. Nr.)		
FIRMA MUSTERMANN; WIEN		

**Angaben des (der) Versicherten:**

Personenstand: \_\_\_\_\_ Telefon Nr.: \_\_\_\_\_

Anschrift:

Versichert als  Arbeiter(in)  Angestellte(r)  
 bzw. bei  VA öffentlich Bediensteter  
 VA für Eisenbahnen und Bergbau -  
 Mitgliedsnummer  
 (Bitte Einkommensnachweis beilegen!)

Selbständig erwerbstätig als  
 Leisten Sie Nachtschicht(schwer)arbeit  nein  ja

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  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 \_\_\_\_\_

07.11.2011

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