

Ansuchen - Rehabilitationsaufenthalt

Das Ansuchen ist unbedingt vor Antritt des beantragten Aufenthaltes zu stellen und die Erledigung abzuwarten.

Personalnummer: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Vor- und Zuname des Versicherten		SVNR	Geb.-Datum
Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer)			Tel.- Nr.
Schule und Bezirk (bei aktiven Lehrern)			Tel.- Nr. Schule
Pflegegeldbezieher: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei welcher Anstalt: _____			
Nur auszufüllen wenn der Antrag für einen Angehörigen gestellt wird			
Vor- und Zuname		SVNR	Geb. - Datum
Pflegegeldbezieher: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei welcher Anstalt: _____			
Datum _____		Unterschrift des Versicherten _____	
Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass meine Daten, die ärztliche Stellungnahme auf dem Rehaantrag sowie der OÖ. LKUF vorliegende Befunde an die Rehabilitationsanstalt weitergeleitet werden können.			

Anmerkung der OÖ. LKUF	Stellungnahme des OÖ. LKUF Konsiliararztes
------------------------	--

Ärztliche StellungnahmeZutreffende Felder bitte ankreuzen **Antragsrelevante Diagnose mit aktueller Vorgeschichte – soweit antragsrelevant**Patient befindet sich im Krankenstand: nein ja von _____ bis _____**Vorausgegangener Spitalsaufenthalt:**

von _____ bis _____ Krankenhaus: _____

Befunde (allenfalls als Beilage)

a) maßgebliche Befunde und Funktionseinschränkungen für das beantragte Verfahren

b) andere wichtige Hinweise

(Nebenerkrankungen zB Diabetes, TBC, Herz-Kreislaufkrankungen, Geisteskrankheiten, HIV, Sucht, ansteckende Krankheiten, andere medikamentöse Behandlungen)

Vorgeschlagen wird Rehabilitation für

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen | <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislauf | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Bewegungs-/Stützapparat | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |
| <input type="checkbox"/> Neurol./Psych. Formenkreis | |
| <input type="checkbox"/> Rheumat. Formenkreis | |

Optimaler Antrittstermin
des Rehab-Aufenthaltes: _____**Vorgeschlagene Rehab-
Einrichtung:****Hinweis:**Der vorgeschlagene Ort wird nach
Möglichkeit berücksichtigt; medizinische
Notwendigkeiten sind jedoch vorrangig.**Patient(in)**ist heimfähig: nein ja benötigt Diät: nein ja Art: _____ist gehfähig: nein ja mit Hilfsmittel: nein ja Rollstuhl: nein jabenötigt Begleitpersonal: nein ja für die Anreise für den Aufenthaltbenötigt fremde Hilfe (waschen, anziehen usw.) nein jabenötigt Transport: nein ja Rettungswagen mit Sanitäter (liegend oder mit Tragsessel)
 Ambulanzwagen (ohne Sanitäter)
 sonstiges (priv. PKW, Taxi)

Datum _____

Arztstempel/Unterschrift _____