

## Ansuchen - Rehabilitationsaufenthalt

Das Ansuchen ist unbedingt v o r 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" value="Max Mustermann"/>	<input type="text" value="2580"/>	<input type="text" value="01.01.1910"/>			
Vor- und Zuname des Versicherten	SVNR		Geb.-Datum			
	<input type="text" value="1010 Wien, Mustermannstraße 1"/>					
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 <b>Angehörigen</b> 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 Stellungnahme**Zutreffende 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 \_\_\_\_\_