

## Ansuchen - Rehabilitationsaufenthalt

**Das Ansuchen ist unbedingt v o r Antritt des beantragten Aufenthaltes zu stellen und die Erledigung abzuwarten.**

Personalnummer:

---

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:  nein  ja bei welcher Anstalt: \_\_\_\_\_

Nur auszufüllen wenn der Antrag für einen **Angehörigen** gestellt wird

---

Vor- und Zuname SVNR Geb. - Datum

Pflegegeldbezieher:  nein  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-Kreislaufferkrankungen, 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  ja

benötigt Begleitpersonal:  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

\_\_\_\_\_  
Arztstempel/Unterschrift