

Leonfeldner Straße 11

Briefanschrift:

Postfach 200

4041 Linz

Tel. 0732/668221-0

Fax 0732/668221-98

Internet:
www.lkuf.at

E-Mail:
vitafit@lkuf.at

Ansuchen um erweiterte Heilbehandlung

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

Vom Mitglied auszufüllen

Der Antrag wird gestellt für

den Hauptversicherten

eine/n Angehörige/n

Vor- und Zuname

Verwandtschaftsgrad

Geb. Datum

Daten des Hauptversicherten:

Akad. Grad, Vor- und Zuname, Amtstitel

Geb. Datum

Personal-Nr.:

--	--	--	--	--	--	--	--

Zum Kurtermin:

aktiv in Pension

im Karenzurlaub/im Freijahr

Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer)

Telefon-Nr.

Schule und Bezirk (bei aktiven Lehrern)

Telefon-Nr.

Kurtermin

Datum

Unterschrift des Mitgliedes

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass meine Daten, die ärztliche Stellungnahme auf dem Kurantrag sowie der OÖ. LKUF vorliegende Befunde bei Bedarf zur Information an den Kurarzt/die Kurärztin weitergeleitet werden können.

Vermerke der LKUF:

Posteingang:

Öffnungszeiten:
Mo – Do:
8.00 – 12.00 Uhr
u. 13.00 – 15.00 Uhr,
Fr 8.00 – 13.00 Uhr

Bankverbindung:
Oberbank Linz,
BLZ 15000
Kto. 00741008478

DVR: 0008184
UID ATU 22981209
IBAN AT081500000741008478
BIC OBKLAT2L

Antrag des behandelnden Arztes

(Zutreffendes bitte ankreuzen! Sollten die genannten Kurorte aus medizinischen Gründen nicht möglich sein, so ist eine ärztliche Bestätigung vorzulegen.)

für: _____
(Vor- und Zuname)

_____ (Geburtsdatum)

Kuraufenthalt

Dauer: 2 Wochen 3 Wochen

Kurort: (1. Wahl) Lehrerheim Bad Schallerbach Villa Seilern – Vital Resort, Bad Ischl
 Spa Hotel Bründl, Bad Leonfelden sonstiger Kurort: _____

Alternativen: (2. Wahl, Mehrfachnennungen möglich) Lehrerheim Bad Schallerbach Villa Seilern – Vital Resort, Bad Ischl
 Spa Hotel Bründl, Bad Leonfelden sonstiger Kurort: _____

Genesungsaufenthalt

Dauer: _____ **Ort:** Lehrerheim Bad Schallerbach Spa Hotel Bründl, Bad Leonfelden alternative Unterbringung nach Rücksprache mit LKUF

Kindererholungsaufenthalt

Dauer: _____ **Ort:** _____ **Veranstalter/Organisator:** _____

Kinderkur (alternative Unterbringung nach Rücksprache mit LKUF)

Antragsrelevante Diagnose:

Aktuelle Vorgeschichte: (Beginn, Vorbehandlung, Operation) – (Vorhandene Befunde bitte beischließen!)

Andere wichtige Hinweise: (Nebenerkrankungen, wie z.B. Diabetes, TBC, Herz-Kreislaufkrankheiten, Geisteserkrankungen, HIV, Sucht, ansteckende Krankheiten; medikamentöse Behandlung)

Größe: _____ **Gewicht:** _____ **RR:** _____

Vergangener Spitalsaufenthalt: **Dauer:** (von – bis) _____ **im Krankenhaus:** _____

Patient/Patientin ist

kurfähig: ja nein **benötigt Diät:** ja nein **Art:** _____

gehfähig: ja nein **mit Hilfsmittel:** ja nein **Rollstuhl:** ja nein **benötigt fremde Hilfe:** (waschen, anziehen, usw.) ja nein

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin