



Ansuchen um Rehabilitation

Das Ansuchen ist unbedingt vor Antritt der beantragten Rehabilitation zu stellen und die Erledigung abzuwarten.

Vom Mitglied auszufüllen:

Personenbezogene Angaben

Titel, Vor- und Nachname des Mitglieds		
<input type="text"/>		
SVNR	Geburtsdatum (TTMMJJJJ)	Personalnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer)		Telefon (privat)
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Pflegegeldbezieher		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von welcher Anstalt <input type="text"/>		

Nur auszufüllen, wenn der Antrag für einen Angehörigen gestellt wird

Titel, Vor- und Nachname des Angehörigen		
<input type="text"/>		
SVNR	Geburtsdatum (TTMMJJJJ)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer)		Telefon (privat)
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Pflegegeldbezieher		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von welcher Anstalt <input type="text"/>		

Ich stimme gemäß Art. 4 Z 11 der DSGVO idGF zu, dass meine personenbezogenen Daten und Angaben im Sinne des Art. 5 der DSGVO idGF zur Anspruchsprüfung und -bearbeitung verarbeitet werden. Diese Angaben, die ärztliche Stellungnahme auf diesem Ansuchen sowie der OÖ. LKUF vorliegende und für die Rehabilitation relevante, personenbezogene Gesundheitsdaten dürfen bei Bedarf an die zuständigen Stellen (z.B. Rehabilitationseinrichtung) weitergeleitet werden. Weiters bin ich damit einverstanden, dass von der Rehabilitationseinrichtung rebezogene Befunde (z.B. Entlassungsbericht) der OÖ. LKUF zur Verfügung gestellt werden. Diese Zustimmung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Datum

Unterschrift des Mitglieds

Anmerkung der OÖ. LKUF

Stellungnahme des Konsiliararztes der OÖ. LKUF

Vom Arzt auszufüllen:

Antragsrelevante Diagnose mit aktueller Vorgeschichte - soweit antragsrelevant

Patient befindet sich im Krankenstand

nein ja seit (TTMMJJJJ)

Vorausgegangener Krankenhausaufenthalt

von (TTMMJJJJ) bis (TTMMJJJJ)

Krankenhaus

Befunde (allenfalls als Beilage)

maßgebliche Befunde und Funktionseinschränkungen für das beantragte Verfahren

andere Hinweise (Nebenerkrankungen z.B. Diabetes, TBC, Herz-Kreislaufkrankungen, Geisteskrankheiten, HIV, Sucht, ansteckende Krankheiten, andere medikamentöse Behandlungen)

Vorgeschlagen wird Rehabilitation für ambulant stationär

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

vorgeschlagene Rehab-Einrichtung

optimaler Antrittstermin der Rehabilitation

Hinweis: Die vorgeschlagene Einrichtung wird nach Möglichkeit berücksichtigt; medizinische Notwendigkeiten sind jedoch vorrangig.

Patient

- ist heimfähig nein ja
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 Diät nein ja Art: _____
- benötigt Transport nein ja Rettungswagen mit Sanitäter (liegend oder Tragsessel)
 Ambulanzwagen (ohne Sanitäter)
 sonstiges (privat PKW, Taxi)

Mit der Unterschrift des Arztes wird die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben bestätigt.

Datum _____

Stempel und Unterschrift des Arztes _____

Personenbezogene Bezeichnungen umfassen Frauen und Männer gleichermaßen, außer es ist ausdrücklich anders bestimmt.