



Ansuchen um erweiterte Heilbehandlung

Das Ansuchen ist unbedingt vor Antritt des beantragten Aufenthaltes 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"/>			
Zum Kurtermin			
<input type="checkbox"/> aktiv <input type="checkbox"/> in Pension <input type="checkbox"/> im Krankenstand <input type="checkbox"/> im Karenzurlaub/im Freijahr			

Nur auszufüllen, wenn der Antrag für einen Angehörigen gestellt wird

Titel, Vor- und Nachname des Angehörigen			
<input type="text"/>			
SVNR	Geburtsdatum (TTMMJJJJ)	Verwandtschaftsgrad	
<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"/>			

Kurtermin

<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 erweiterte Heilbehandlung relevante, personenbezogene Gesundheitsdaten dürfen bei Bedarf an die zuständigen Stellen (z.B. Kurarzt, Therapieabteilung, Kurhaus) weitergeleitet 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

Vom Arzt auszufüllen:

Titel, Vor- und Nachname des Patienten <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	Geburtsdatum (TTMMJJJJ) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> </tr> </table>								

Sollten die genannten Kurorte aus medizinischen Gründen nicht möglich sein, so ist eine ärztliche Bestätigung vorzulegen.

<input type="checkbox"/> Stationärer Kuraufenthalt für die Dauer von <input type="checkbox"/> 2 Wochen <input type="checkbox"/> 3 Wochen Kurort <input type="checkbox"/> Spa Hotel Bründl, Bad Leonfelden <input type="checkbox"/> sonstiger Kurort: _____ <input type="checkbox"/> Villa Seilern Vital Resort, Bad Ischl <i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>								
<input type="checkbox"/> Ambulante Kur für die Dauer von <input type="checkbox"/> 2 Wochen <input type="checkbox"/> 3 Wochen Kurort <input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>								
<input type="checkbox"/> Genesungsaufenthalt für die Dauer von <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/> Ort <input type="checkbox"/> Spa Hotel Bründl, Bad Leonfelden <input type="checkbox"/> alternative Unterbringung nach Rücksprache mit der OÖ. LKUF <input type="checkbox"/> Villa Seilern Vital Resort, Bad Ischl								
<input type="checkbox"/> Kindererholungsaufenthalt für die Dauer von <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/> Ort <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> Veranstalter/Organisator <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/>								
<input type="checkbox"/> Kinderkur (alternative Unterbringung nach Rücksprache mit der OÖ. LKUF) benötigt Begleitperson <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Vor- und Nachname <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/> Geburtsdatum (TTMMJJJJ) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> </tr> </table>								

Antragsrelevante Diagnose <input style="width: 90%; height: 40px;" type="text"/>																
Aktuelle Vorgeschichte (Beginn, Vorbehandlung, Operation - vorhandene Befunde bitte beilegen) <input style="width: 90%; height: 40px;" type="text"/>																
Andere wichtige Hinweise: (Nebenerkrankungen z.B. Diabetes, TBC, Herz-Kreislaufkrankungen, Geisteskrankheiten, HIV, Sucht, ansteckende Krankheiten, andere medikamentöse Behandlungen) <input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>																
Größe <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/> Gewicht <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/> RR <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>																
Vorausgegangener Krankenhausaufenthalt von (TTMMJJJJ) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> </tr> </table> bis (TTMMJJJJ) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> </tr> </table> Krankenhaus <input style="width: 70%; height: 20px;" type="text"/>																
Patient ist kurfähig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ist gehfähig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein mit Hilfsmittel <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Rollstuhl <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein benötigt fremde Hilfe (waschen, anziehen usw.) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein benötigt Diät <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Art: _____																

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

 Datum Stempel und Unterschrift des Arztes