

# Ansuchen um erweiterte Heilbehandlung

## KFG

Kranken- und Unfallfürsorge  
für öö. Gemeinden  
Friedrichstraße 11  
4041 Linz

Das Ansuchen ist  
unbedingt **vor** Antritt  
des beantragten Aufent-  
haltes zu stellen und  
die Erledigung ist  
abzuwarten.

## Vom Mitglied auszufüllen

### Für den Versicherten:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Amtstitel, Vor- und Zuname	Sozialversicherungsnummer				Tag	Monat	Geburtsdatum		
<input type="text"/>	<input type="text"/>				Telefon.-Nr.				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				Telefon.-Nr.				

Raum für Erläuterungen

### Nur ausfüllen, wenn der Antrag für einen **Angehörigen** gestellt wird:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Vor- und Zuname	Verwandtschaftsgrad	Sozialversicherungsnummer				Tag	Monat	Geburtsdatum		
<input type="text"/>										
gewünschter Zeitraum (Turnus)										
<input type="text"/>	<input type="text"/>									
Datum	Unterschrift des Mitgliedes									

## Nur durch die KFG auszufüllen

### Bisherige Bewilligungen:

<input type="text"/>
Kur
<input type="text"/>
Kurmittel
<input type="text"/>
Erholungsaufenthalte
<input type="text"/>
REHA

### Bisherige Ablehnungen:

<input type="text"/>
Kur
<input type="text"/>
Kurmittel
<input type="text"/>
Erholungsaufenthalte
<input type="text"/>
REHA



## Vom Arzt vollständig auszufüllen

### Antrag des behandelnden Arztes: (Zutreffendes Feld ankreuzen!)

<input type="checkbox"/> <b>Kuraufenthalt</b>	_____	_____
	in	Dauer
<input type="checkbox"/> <b>Kurmittel</b>	_____	
<input type="checkbox"/> <b>Erholungsaufenthalt</b>	_____	_____
	in	Dauer
<input type="checkbox"/> <b>Rehabilitation</b>	_____	_____
	in	Dauer
<input type="checkbox"/> <b>Kindererholungsaufenthalt</b>	_____	_____
	in	Dauer
Veranstalter bzw. Organisator:	_____	

### Ärztliche Stellungnahme:

Diagnose:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Andere wichtige Hinweise (medikamentöse Behandlung) und Nebenerkrankungen (z.B. Diabetes, TBC)

\_\_\_\_\_

Vorangegangener Spitalsaufenthalt

\_\_\_\_\_

von

bis

Eine ansteckende Krankheit ist bekannt  nein  ja

\_\_\_\_\_  
Art

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes