

Von der/ Vom Versicherten auszufüllen

## Antrag

auf einen Zuschuss für

<input type="checkbox"/> Kuraufenthalt <input type="checkbox"/> Rehabilitation <input type="checkbox"/> Genesungsaufenthalt <input type="checkbox"/> Bäderkosten <input type="checkbox"/> Kindererholungsaufenthalt			Eingangsstempel MKF	
Der Antrag wird gestellt für				
<input type="checkbox"/> die/den Hauptversicherte/n <input type="checkbox"/> eine/n Angehörige/n				
Nachname, Vorname, Titel			SV-Nr. und Geburtsdatum	
Wohnadresse (Straße und Hausnummer)			PLZ	Ort
Geschäftsbereich	Personalnummer	Telefon dienstlich	Telefon privat	
Vorgesehener Kur-, Rehabilitations- oder Genesungsaufenthaltsort				
Nachname, Vorname, Titel der/des Angehörigen			SV-Nr. und Geburtsdatum der/des Angehörigen	
Datum	_____ Unterschrift der/des Versicherten			
<b>Befund und Antrag der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes</b>				
Anamnese, bisherige Behandlung und Erfolg(e)				
Untersuchungsbefund(e), einschließlich relevanter Ergebnisse aus Labor- und Röntgenuntersuchungen				
Bei Kindererholungsaufenthalt: Größe und Gewicht des Kindes und Angabe überstandener Krankheiten				
Diagnose und Antrag				
Datum	_____ Unterschrift der Ärztin/des Arztes			

**Von der MKF bzw. dem Gesundheitsservice auszufüllen**

**An GS/ Gesundheitsservice**

zur vertrauensärztlichen Begutachtung und Stellungnahme

Eingangsstempel GS

Frühere Kur-, Rehabilitations- und Genesungsaufenthalte

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (i. A. Abteilungsleiter\*in)

**Gutachten der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes**

Diagnose:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

genehmigt

abgelehnt

Anmerkung: \_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes

Behandelt in der Sitzung des MKF-Kuratoriums vom \_\_\_\_\_

**Bewilligt**  Vollkur

**Abgelehnt**

Teilkur

Genesungsaufenthalt

Kindererholungsaufenthalt

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Abteilungsleiter\*in