

Chefärztlicher Dienst

ANSUCHEN UM UNTERBRECHUNG DES KUR-/REHAAUFENTHALTS

1. Teil: Angaben der Patientin/des Patienten

Name	
VSNR	
Name + Adresse der Kur-/Rehaanstalt	
Datum der Unterbrechung (von – bis)	
Grund der Unterbrechung	
Zieladresse der Unterbrechung	
Reisemittel (zB.: Auto, Zug, etc.)	

2. Teil: Angaben der Ärztin/des Arztes der Kur-/Rehaanstalt

Diagnose	
Beginn der Kur-/Rehaunterbrechung	
Dauer der Kur-/Rehaunterbrechung	

Folgend bitte Zutreffendes ankreuzen	ja	nein	
wird eine laufenden Therapie unterbrochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kann sich die Unterbrechung negativ auf den Heilungsverlauf auswirken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wird die geplante Unterbrechung medizinisch befürwortet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nicht zutreffend	ja	nein
Verlängert sich durch die Unterbrechung die voraussichtliche Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen:

Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Rückseite beachten!

3. Teil: Von der Vertrauensärztin/dem Vertrauensarzt der KFA auszufüllen:

Kur-/Rehaunterbrechung bewilligt	<input type="checkbox"/>
Kur-/Rehaunterbrechung abgelehnt	<input type="checkbox"/> Grund:

Anmerkungen:

4. Teil: Von der/dem Versicherten zu unterfertigen:

Ich nehme zur Kenntnis, dass ein Zuwiderhandeln gegen die mir bekanntgegebene Entscheidung zur Aussetzung der Kostenübernahme für den gegenständlichen Zeitraum der Unterbrechung durch die KFA zur Folge haben kann.

Datum

Unterschrift der Versicherten/des Versicherten