

ANSUCHEN UM UNTERBRECHUNG/ABBRUCH DES KUR- /REHAUFENTHALTS

1. Teil: Angaben der Patientin/des Patienten

Name	
VSNR	
Name + Adresse der Kur-/Reha-Anstalt	
Datum der Unterbrechung (von – bis)	
Grund der Unterbrechung/des Abbruchs	
Zieladresse der Unterbrechung	
Reisemittel (z.B.: Auto, Zug, etc.)	

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

Diagnose	
Beginn der Kur-/Rehaunterbrechung	
Dauer der Kur-/Rehaunterbrechung	
Bei Abbruch: Datum der regulären Abreise und Abbruchdatum	

Folgend bitte Zutreffendes ankreuzen		ja	nein
wird eine laufenden Therapie unterbrochen?		☐	☐
Kann sich die Unterbrechung negativ auf den Heilungsverlauf auswirken?		☐	☐
Wird die geplante Unterbrechung medizinisch befürwortet?		☐	☐
	nicht zutreffend	ja	nein
Verlängert sich durch die Unterbrechung die voraussichtliche Arbeitsunfähigkeit?	☐	☐	☐

Anmerkungen:

Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Rückseite beachten!

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

Kur-/Rehaunterbrechung bewilligt	☐
Kur-/Rehaunterbrechung abgelehnt	☐ 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 des*der Versicherten