



Antrag Kinder und Jugendliche auf Rehabilitationsaufenthalt

Eingangsstempel des Versiche-
rungsträgers

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

Zuständiger Sozialversicherungsträger:

Angaben zum Kind / Jugendlichen:

Familienname / Vorname(n): ☐ weiblich ☐ männlich		Versicherungsnummer:
Hauptwohnsitz (PLZ, Ort, Straße, Nr.):		
Telefon:	eMail:	
Pflegegeldbezug ☐ nein ☐ ja, Pflegestufe:		
Versicherte/r Name:		Versicherungsnummer:

Angaben zum Erziehungsberechtigten / zur gesetzlichen VertreterIn:

Familienname / Vorname(n): ☐ weiblich ☐ männlich		Versicherungsnummer:
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.):		
Telefon:	eMail:	

Hat das Kind bzw. der / die Jugendliche bereits Rehabilitationsaufenthalte mit Kostenbeteiligung eines Versicherungsträgers konsumiert?

nein ☐ ja ☐ Wann Wo
Wann Wo
Wann Wo

Welche Therapien wurden in den letzten 12 Monaten in welcher Einrichtung in Anspruch genommen?

22.12.2025

Datum und Unterschrift Antragssteller(in) bzw. Erziehungsberechtigte(r) / gesetzliche(r) VertreterIn

Ärztliche Stellungnahme:

Unfalltag/Akutereignis: ☐ nein ☐ ja Datum:	Nur vom Krankenhaus auszufüllen !
	Krankenhaus:
	Aufnahmetag:
	(Voraussichtlicher) Entlassungstag:

Antragsrelevante Diagnose/n mit Angabe der Funktionseinschränkung/en
(verpflichtend ist ein Befundbericht des Facharztes / Akutspitals beizulegen):

ICD10-Code:

Angaben zum Rehabilitationsziel (Teilhabe-orientiert):

Relevante Nebendiagnosen/Einschränkungen:

Größe: cm **Gewicht:** kg

Indikationsvorschlag

- ☐ Mobilisierende Indikationen (Ortho, NEU, KCH, NC) **Wunschhaus: OptimaMed Wildbad**
☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen / Pulmologische Erkrankungen
☐ Onkologische Erkrankungen / Erkrankungen des Stoffwechselsystems und Verdauungsapparates
☒ mental health (Entwicklungs- und Sozialpädiatrie / Kinder- und Jugendpsychiatrie)

Begleitperson für Aufenthalt notwendig: ☐ nein ☐ ja, Begründung:

Sekundärpatienten nur bei Onkologischen Erkrankungen ☐ nein ☐ ja, wie viele Personen
(Beiblatt befüllen!)

Optimaler Antrittstermin des Rehab-Aufenthaltes:

Patient(in)

ist gehfähig ☐ nein ☐ ja mit Hilfsmittel ☐ nein ☐ ja Rollstuhl ☐ nein ☐ ja
benötigt fremde Hilfe (waschen, anziehen, usw.) ☐ nein ☐ ja

Transport benötigt:

- ☐ nein
☐ ja, für die Anreise wird Transport benötigt: ☐ ohne Sanitäter
 ☐ mit Sanitäter (liegend oder mit Tragsessel)
 ☐ Privat (PKW, Taxi)

Name der/des zuständigen Ärztin/Arztes: Datum Unterschrift und Stempel	Telefon/DW:
	Fax:
	e-mail:

Erledigung des Versicherungsträgers: Datum, Unterschrift des(r) Leitenden Arztes/Ärztin	Bewilligt:
	Abgelehnt/Sonstiges:
	Rehabilitationszentrum: