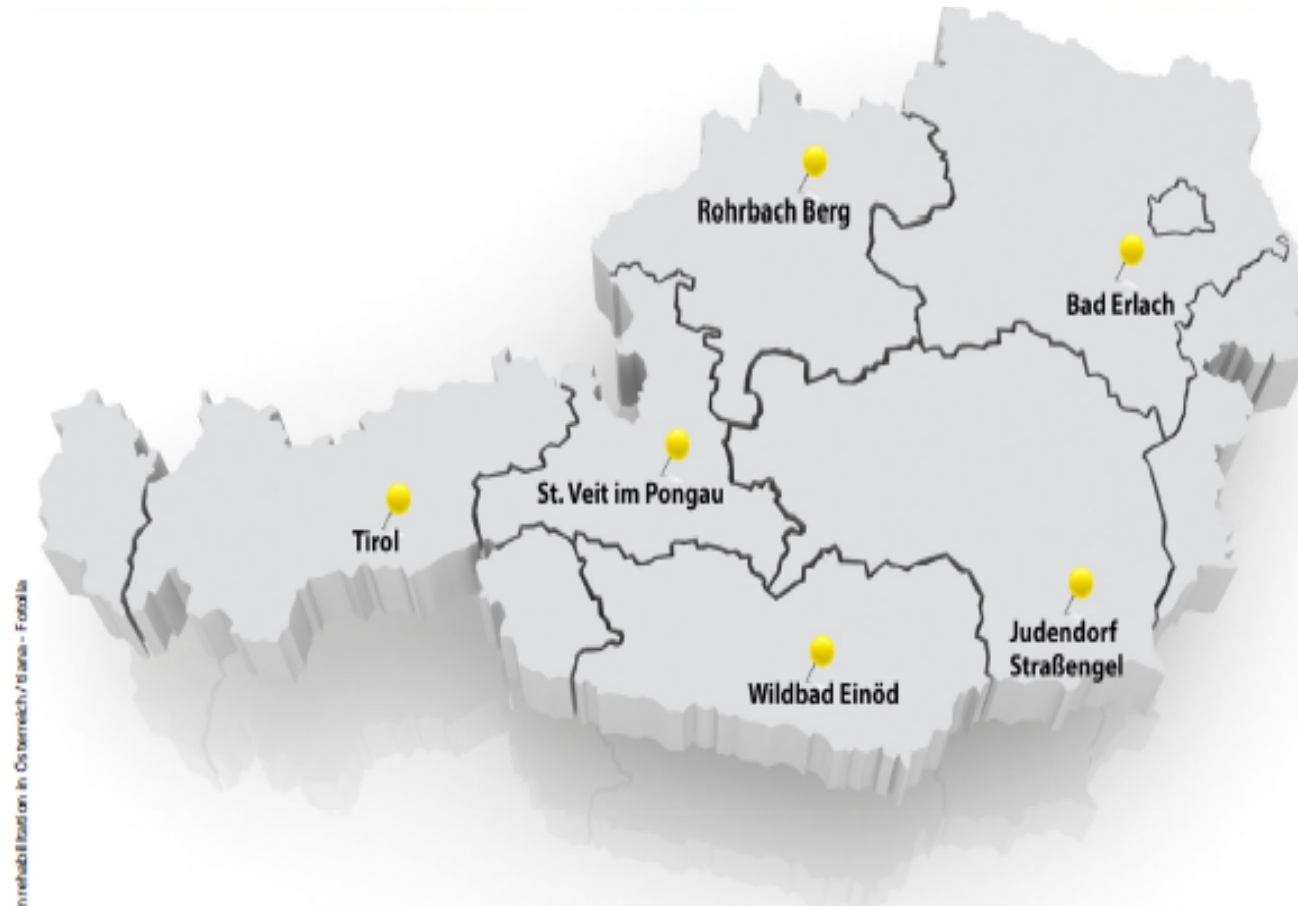


Pädiatrische Rehabilitations-Einrichtungen in Österreich auf einen Blick



Pädiatrische Rehabilitations-Einrichtungen in Österreich auf einen Blick

Einrichtung	Kontakt/ website	ärztliche Leitung	Bundesland	in Betrieb seit/ ab	Indikation	Betten	Betten für Begleitpersonen
Wildbad	www.kinderreha-wildbad.at	Brigitta Lienbacher	Steiermark	2018	kardiologische und pulmologische Reha	28	28
					psychosoziale Reha	24	
Judendorf-Straßengel	www.kinderreha.at	Peter Grieshofer	Steiermark	2016	mobilisierende Reha	31	31
Bad Erlach	www.kokon.rehab	Anna Cavini	Niederösterreich	2020	mobilisierende Reha	67	106
					psychosoziale Reha	47	
Rohrbach-Berg	www.kokon.rehab	Evelyn Lechner	Oberösterreich	2020	mobilisierende Reha	36	67
					kardiologische und pulmologische Reha	17	
					psychosoziale Reha	24	
St. Veit im Pongau	www.leuwaldhof.at	Gustav Fischmeister	Salzburg	2018	Onko-Reha	20	50
					Reha für Stoffwechsel- und Verdauungstrakt-Erkrankungen	12	
Wiesing		Melanie Reiter (designiert)	Tirol	2022	mobilisierende Reha	22	22
					psychosoziale Reha	15	
gesamt						343 Betten	304 Betten

Rehabilitations-Antrag

Der Antrag zur Rehabilitation wird von Kinder- und JugendärztInnen, oder anderen ÄrztInnen oder einer behandelnden Klinik beim zuständigen Sozialversicherungsträger gestellt. Das entsprechende Formular kann auf der Website der Österreichischen Sozialversicherung www.sozialversicherung.at oder www.hauptverband.at ausgefüllt und heruntergeladen werden:

<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.650145&version=1577724176>

SV Antrag Kinder und Jugendliche auf Rehabilitationsaufenthalt		Eingangsformular des Versicherungs trägers
Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/>		
Zuständiger Sozialversicherungsträger:		
Angaben zum Kind / Jugendlichen:		
Familienname / Vorname(n):	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	versicherungsnummer:
Hauptwohnsitz (PLZ, Ort, Straße, Nr.):		
Telefon:	eMail:	
Pflegegeldbezug <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegestufe:		
Versichert(e)r Name:	versicherungsnummer:	
Angaben zum Erziehungsberechtigten / zur gesetzlichen VertreterIn:		
Familienname / Vorname(n):	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	versicherungsnummer:
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.):		
Telefon:	eMail:	
Hat das Kind bzw. der / die Jugendliche bereits Rehabilitationsaufenthalte mit Kostenbeteiligung eines Versicherungsträgers konsumiert?		
nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Wann Wo Wann Wo Wann Wo
Welche Therapien wurden in den letzten 12 Monaten in welcher Einrichtung in Anspruch genommen?		
05.03.2016 Datum und Unterschrift Antragsteller(in) bzw. Erziehungsberechtigte(r) / gesetzliche(r) VertreterIn		

1/2

Ärztliche Stellungnahme:	
Unfalltag/Akute Ereignis:	Nur vom Krankenhaus auszufüllen!
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Datum:	Krankenhaus:
	Aufnahmetag:
	(Voraussichtlicher) Entlassungstag:
Antragsrelevante Diagnosen mit Angabe der Funktionseinschränkung (verpflichtend ist ein Befundbericht des Facharztes / Akutspitals beizulegen):	
ICD10-Code:	
Angaben zum Rehabilitationsziel (Teilhabe-orientiert):	
Relevante Nebendiagnosen/Einschränkungen:	
Größe:	cm Gewicht: kg
Indikationsvorschlag	
<input type="checkbox"/> Mobilisierende Indikationen (Ortho, NEU, KICH, NC)	
<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen / Pulmologische Erkrankungen	
<input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankungen / Erkrankungen des Stoffwechselsystems und Verdauungsapparates	
<input type="checkbox"/> mental health (Entwicklungs- und Sozialpädiatrie / Kinder- und Jugendpsychiatrie)	
Begleitperson für Aufenthalt notwendig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Begründung:	
Sekundärpatienten nur bei Onkologischen Erkrankungen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie viele Personen (Belegbedarf):	
Optimaler Antrittstermin des Rehab-Laufenthaltes:	
Patient(in) ist gehfähig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja mit Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Rollstuhl: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja benötigt fremde Hilfe (waschen, anziehen, usw.): <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Transport benötigt:	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja, für die Anreise wird Transport benötigt: <input type="checkbox"/> ohne Sanitäter	
<input type="checkbox"/> mit Sanitäter (liegend oder mit Tragesessel)	
<input type="checkbox"/> Privat (PKW, Taxi)	
Name der/die zuständigen ÄrztIn/ÄrztIn:	Telefon/DW:
	FSK:
Datum	e-mail:
Unterschrift und Stempel	
Erlidigung des Versicherungsträgers:	
Befähigt:	
Abgelehnt/Sonstiges:	
Rehabilitationszentrum:	
Datum, Unterschrift des(r) Leitenden Arztes/Ärztin	

2/2

Broschüre Förderverein

Diese Broschüre zur Kinder- und Jugendrehabilitation in Österreich war einem Teil der Auflage der Österreichischen Ärztezeitung (ÖÄZ), Ausgabe 1-2, 25. Jänner 2021 beigelegt. Sie ist auch auf der Homepage des Fördervereines verfügbar (www.foerderverein-kinderreha.at).

