

**ANTRAG auf Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation (Berufsfindung, Aus- und Weiterbildung)**

zum Stichtag 01. .

Eingangsstempel

VSNR	
Aktenzeichen	Referenznummer
Bezugsnummer	Karteivermerk

**1 Personaldaten der versicherten Person**

(Namen in Blockschrift, Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Zuname und Vorname	akad. Titel	Geschl.	Geburtsdatum	Geburtsort
Geburtsname und Namen aus früheren Ehen/Partnerschaften			Staatsbürgerschaft	Bezirk
PLZ – Ort		Straße, Gasse, Platz, Hausnr., Stiege, Stock, Tür		
Telefonnummer(n)		Fax	E-Mail	
Familienstand ledig    verheiratet/verpartnert    verwitwet    geschieden    aufgelöste Partnerschaft seit				

**2 Personaldaten der Angehörigen**

**2.1 Ehepartner eingetragener Partner Lebensgefährte**

Zuname und Vorname	akad. Titel	Geschl.	VSNR bzw. Geburtsdatum	gem. Haushalt ja    nein
Geburtsname und Namen aus früheren Ehen/Partnerschaften				

**2.2 Personaldaten der Kinder**

Kinder sind bei beiden Elternteilen in der Krankenversicherung mitversichert.

<ul style="list-style-type: none"> <li>Kinder der versicherten Person (Vaterschaftsnachweis, wenn die Eltern nicht verheiratet sind)</li> <li>Wahlkinder</li> <li>Stief- und Pflegekinder nur bei ständiger Hausgemeinschaft</li> <li>Enkel nur bei ständiger Hausgemeinschaft und bestehender Unterhaltsverpflichtung</li> </ul>	Generell bis zum 18. Lebensjahr	<p><b>Darüber hinaus, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>wenn ihre Arbeitskraft durch Schul- oder Berufsausbildung überwiegend beansprucht wird oder</li> <li>ein „Freiwilliges Sozialjahr“ absolviert wird</li> </ul> <p><b>Altersunabhängig</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>bei Erwerbsunfähigkeit wegen Krankheit oder Gebrechen</li> </ul>				
Zuname und Vorname	VSNR bzw. Geburtsdatum	Kind; Wahl-, Stief-, Pflegekind; Enkel (Zutreffendes anführen)	Art der Ausbildung	Nettoeinkommen	gem. Haushalt ja - nein	Kinder-Zuschuss wird bezogen
1					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3 Angaben zum Versicherungsverlauf**

		ja – nein
3.1.	Wurden Ihre <b>Versicherungszeiten</b> bereits einmal überprüft? <b>Nur bei „nein“:</b> Beschäftigungsverlauf ( <a href="#">PPS-240202</a> ) liegt bei                      wird nachgereicht	
3.2	Waren Sie im <b>Ausland</b> erwerbstätig? <b>Nur bei „ja“:</b> Staat(en): _____ Bitte beachten Sie Punkt 4.2	
3.3	Anzahl der Kinder: _____ Kindererziehungszeiten (Anspruch besteht nur für den Elternteil, der das Kind tatsächlich und überwiegend erzogen hat): wurden bereits festgestellt wurden bereits beim anderen Elternteil festgestellt wurden noch nicht festgestellt, ich habe Kinder tatsächlich und überwiegend erzogen – <a href="#">Formular PPS-110201</a> ausfüllen wurden noch nicht festgestellt, ich habe aber Kinder <b>nicht</b> überwiegend erzogen	

**4 Ausbildung und Erwerbstätigkeit**

**4.1 Angaben zur Ausbildung**

Welche **Schulbildung** haben Sie absolviert? (Hauptschule, Gymnasium, Fachhochschule, Universität)

Art der Schule	von	bis	Abschluss ja - nein

Welche **Berufsausbildung** (Lehre, ...) haben Sie absolviert?

Art der Berufsausbildung	von	bis	Abschluss ja - nein

Haben Sie sonstige **Aus- und Weiterbildungen** (z.B. Schulungen, Kurse, ...) absolviert?

Art der Ausbildung	von	bis	Abschluss ja - nein

#### 4.2 Angaben zu bisherigen Erwerbstätigkeiten

4.2.1 Welche Tätigkeiten haben Sie bisher in Österreich oder im Ausland ausgeübt?

Bitte führen Sie für **jedes** Beschäftigungsverhältnis in zeitlicher Reihenfolge eine **genaue** Beschreibung Ihrer Erwerbstätigkeit(en) an.

Erwerbstätigkeit von / bis	genaue Tätigkeitsbeschreibung	Land	selbständig ja - nein

Reicht der Platz nicht aus, so füllen Sie ein weiteres Formblatt „Fragebogen zur Tätigkeitsbeschreibung der Erwerbstätigkeit(en)“ [PPS-060113](#) aus.

**5 Angaben zur selbständigen Erwerbstätigkeit**

Die Fragen betreffen immer nur **eine** selbständige Tätigkeit bzw. die **gleichzeitige** Ausübung mehrerer Erwerbstätigkeiten (siehe Punkt 5.1.2). Falls Sie **mehrere unterschiedliche** selbständige Tätigkeiten nacheinander ausgeübt haben, füllen Sie bitte jeweils ein separates Formblatt **PPS-060107** aus (Fragebogen über Betriebsstruktur und Belastung bei Ausübung der selbständigen Tätigkeit(en)).

**5.1 Fragen zur Betriebsstruktur**

5.1.1	Welche selbständige Tätigkeit haben Sie ausgeübt und welche Ausübungsberechtigungen haben Sie dafür benötigt?
-------	---

5.1.2 Nur bei gleichzeitiger Ausübung mehrerer Erwerbstätigkeiten:  
(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

		ja – nein
5.1.2.1	Wurden diese im Rahmen eines einheitlichen Unternehmens in einer wirtschaftlichen Einheit (z.B. Handwerk und Handel) ausgeübt?  <b>Wenn ja:</b> Welcher Ihrer Tätigkeiten kam die maßgebliche wirtschaftliche Bedeutung zu (gemessen am Umsatz, Arbeitsaufwand etc.)?	
5.1.2.2	Wurden diese im Rahmen mehrerer getrennter Betriebe ausgeübt?  <b>Wenn ja:</b> Welcher dieser Betriebe erbrachte für sich allein genommen kein existenzsicherndes Einkommen? (Bitte begründen!)	
5.1.2.3	Haben die Tätigkeiten, denen keine maßgebliche wirtschaftliche Bedeutung zugekommen ist, jeweils für sich genommen, im Durchschnitt unter 10 Prozent zwischen 10 u. 20 Prozent über 20 Prozent des Gesamtumsatzes ausgemacht?  <b>Wenn ja, welche?</b>	

5.1.3 Wie viele Dienstnehmer, Familienangehörige bzw. Mitunternehmer sind (waren) im Unternehmen beschäftigt?

keine                      Anzahl:  
 hiervon Vollzeit            , Teilzeit            ; als Arbeiter            , als Angestellter

Veränderungen (in den letzten fünf Jahren)

Anzahl der Mitarbeiter	Arbeiter/Angestellte	vor 5 Jahren	vor 3 Jahren	zuletzt

5.1.3.1	Bitte beschreiben Sie die Stellung und Aufgaben der Mitarbeiter		
5.1.3.2	Können Ihre Tätigkeiten/Aufgaben, die Sie aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben können, auch von Mitarbeitern in Ihrem Betrieb ganz oder teilweise auf Dauer oder vorübergehend übernommen werden?		
5.1.3.3	Welche Gründe sprechen dagegen, dass die von Ihnen ausgeführten, belastenden Tätigkeiten ganz oder teilweise den im Betrieb mittätigen Personen übertragen werden?		
5.1.3.4	Können Sie die belastenden Tätigkeiten einem neuen Dienstnehmer übertragen?		
5.1.4	Welche Betriebsmittel wurden im Wesentlichen verwendet? (Angaben über die räumliche und maschinelle Betriebsausstattung, die Anzahl und Art der Fahrzeuge und dgl. mehr)		
5.1.5	Hat sich die Betriebsstruktur in den vergangenen fünf Jahren verändert? <b>Wenn ja, nähere Angaben</b> (z.B. Umsatz, Anzahl der Betriebsstätten):	ja – nein	
	<b>Zeitangabe</b>	<b>Art der Änderung</b>	
5.1.6	Beabsichtigen Sie, die selbständige(n) Erwerbstätigkeit(en) weiter auszuüben? <b>Wenn ja:</b>	ja – nein	
5.1.6.1	Sind Einschränkungen geplant? <b>Wenn ja:</b> In welcher Form?		

		ja – nein
5.1.6.2	<p>Wurden Einschränkungen bereits durchgeführt?  <b>Wenn ja:</b> In welcher Form?</p>	
5.1.7	<p>Wie hoch war die durchschnittliche tägliche Arbeitszeit vor Auftreten Ihrer gesundheitlichen Probleme?</p>	
5.1.8	<p>Wie hoch ist derzeit Ihre durchschnittliche Arbeitszeit (Stunden pro Tag – Tage pro Woche)</p>	
5.1.9	<p>Welche Tätigkeiten (Art und Dauer) haben Sie im Unternehmen selbst ausgeführt?  a) Körperlich stark belastende Arbeiten:  <b>Wenn ja:</b> Art und Dauer (Stunden pro Tag):</p>	
	<p>b) Unternehmensleitung, insbesondere Kontroll- und Aufsichtsfunktion:  <b>Wenn ja:</b> Art und Dauer (Stunden pro Tag):</p>	
	<p>c) Sonstige manuelle Tätigkeiten:  <b>Wenn ja:</b> Art und Dauer (Stunden pro Tag):</p>	
5.1.10	<p>Welche Tätigkeiten können aufgrund Ihrer Beschwerden aus Ihrer Sicht nicht mehr ausgeführt werden? Bitte führen Sie konkrete Tätigkeiten an.</p>	
5.1.11	<p>Haben Sie Vorschläge, wie durch Modernisierung der Betriebsausstattung, Anschaffung von Hilfsmitteln/Maschinen/Geräten (Transportgeräten, Hebeeinrichtungen) die berufliche Tätigkeit trotz Ihrer gesundheitlichen Einschränkungen aufrechterhalten werden kann?</p>	
5.1.12	<p>Gibt es andere Maßnahmen, durch die Sie sich noch von den belastenden Tätigkeiten entbinden können? (wie zum Beispiel Ausbildung, Weiterbildung, ...)</p>	
5.1.13	<p>Wie hoch war Ihr durchschnittlicher jährlicher Gewinn vor Steuern in den letzten drei Jahren?</p>	

## 5.2 Fragen zur Einschätzung der Belastung

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Angaben im jeweiligen Kästchen an und beantworten Sie die Zusatzfragen.

Die Fragen betreffen immer nur **eine** selbständige Tätigkeit bzw. die **gleichzeitige** Ausübung mehrerer Erwerbstätigkeiten. Falls Sie **mehrere unterschiedliche** selbständige Tätigkeiten nacheinander ausgeübt haben, füllen Sie bitte jeweils ein separates [Formblatt PPS-060107](#) aus (Fragebogen über Betriebsstruktur und Be-lastung bei Ausübung der selbständigen Tätigkeit(en)).

Meine selbständige(n) Tätigkeit(en) als .....

.....  
übte ich von (Monat und Jahr) bis aus.

Die Verrichtungen erfolgten:

im Gehen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Stehen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Sitzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Bücken .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in vorgeneigter Haltung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in Schulterhöhe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über Schulterhöhe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Knien/Hocken .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welcher Art? .....				
mit Heben/Tragen leichter Lasten (bis 10 kg) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Heben/Tragen mittelschwerer Lasten (bis 25 kg) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welcher Art? .....				
mit Heben/Tragen schwerer Lasten (über 25 kg) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welcher Art? .....				
mit Zwangshaltungen (Überkopparbeit, auf Knien etc.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welcher Art? .....				
mit erhöhter Verletzungsgefahr (Absturzgefahr, an laufenden Maschinen etc.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welcher Art? .....				
unter Kälte-, Nässe-, Hitzeeinwirkung unter Einwirkung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von Rauch, Staub, chemischen Stoffen, Dämpfen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welcher Art? .....				
mit besonderer Fingerfertigkeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit erhöhter Konzentration .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unter besonderem Zeitdruck.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es darüber hinaus noch erwähnenswerte Umstände Ihrer Tätigkeit, nach denen bisher nicht gefragt wurde (z. B. ständige Lärmeinwirkung, Nachtarbeit)? .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche? .....

.....

**6 Angaben zur Rehabilitation**

				ja – nein
6.1	Haben Sie bereits in der Pensions- oder Unfallversicherung ein Kur-/Rehabilitationsverfahren beantragt? <b>Wenn ja:</b> Antragsdatum und Versicherungsträger			
6.2	Haben Sie (aktuell) einen Antrag auf eine vergleichbare Leistung zur Rehabilitation im Ausland gestellt? <b>Wenn ja:</b> Antragsdatum und Versicherungsträger			
6.3	Wurden/werden bereits Kur-/Rehabilitationsmaßnahmen bewilligt bzw. durchgeführt? <b>Wenn ja, welche? Bitte geben Sie die Maßnahmen der letzten fünf Jahre an:</b>			
	Maßnahme	von	bis	Kostenträger
6.4	Sind Ihrerseits berufliche Veränderungen geplant? <b>Wenn ja, welche?</b>			
	Maßnahme	von	bis	Kostenträger
6.5	Haben Sie konkrete Vorstellungen über eine mögliche Ausbildung bzw. Umschulung?			
	Maßnahme	von	bis	Kostenträger

**7 Angaben zum Gesundheitszustand**

7.1 Aufgrund welcher **gesundheitlichen Beschwerden** können Sie **derzeit** nicht mehr ausreichend arbeiten?

Krankheit	seit



7.2 Haben Sie noch **andere Leiden** bzw. **schwere Erkrankungen** mit längerer Behandlungsdauer?

Art des Leidens bzw. der schweren Erkrankung	Zeitraum

7.3 Welche **Medikamente** nehmen Sie derzeit ein?

Name des Medikamentes	fallw.	regelm.	seit

7.4 Bei welchen **Ärzten** stehen Sie in Behandlung?

Name	Fachrichtung	Adresse

7.5 Bitte führen Sie **Krankenhausaufenthalte**, **Operationen** und **Unfälle** in zeitlicher Reihenfolge an (letzten **fünf** Jahre)

Krankenhaus	Aufenthaltsgrund	Zeitraum

Reicht der Platz nicht aus, füllen Sie ein weiteres Formblatt „Fragebogen zum Gesundheitszustand“ ([PPS-060109](#)) aus.

		ja – nein
7.6	Können Sie aufgrund eines Leidens nicht zu einer ärztlichen Untersuchung kommen? <b>Wenn ja:</b> ärztliche Bestätigung von Ihrem behandelnden Arzt wird nachgereicht liegt bei	
7.7	Wurden Sie bereits über das Arbeitsmarktservice in der Pensionsversicherungsanstalt untersucht („PVA-Gesundheitsstraße“)? <b>Wenn ja:</b> Datum der Untersuchung:	
7.8	Sind Sie durch einen Unfall (z.B. Arbeitsunfall, Verkehrsunfall) oder eine Körperverletzung durch Fremdverschulden beeinträchtigt? <b>Wenn ja:</b> Form PPS-200203: wird nachgereicht liegt bei	
7.9	Leiden Sie an einer Berufskrankheit? <b>Wenn ja:</b> Bescheid der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) wird nachgereicht liegt bei	
7.10	Beziehen Sie Pflegegeld oder haben Sie bereits Pflegegeld beantragt? <b>Wenn ja:</b> Auszahlende Stelle:	
7.11	Beantragen Sie wegen Pflegebedürftigkeit Pflegegeld? <b>Wenn ja:</b> Form PPS-190102: wird nachgereicht liegt bei	

**8 Einkommen**

(Auch bereits beantragte und noch nicht bezogene Leistungen anführen!)

		ja – nein
8.1	Üben Sie eine <b>selbständige oder unselbständige Erwerbstätigkeit</b> aus? <b>Wenn ja:</b> Art der Tätigkeit: _____ mtl. . Einkommen: _____	
8.2	Beziehen Sie <b>Krankengeld</b> ? <b>Wenn ja:</b> ausgezahlt von/beantragt bei: _____	
8.3	Beziehen Sie <b>Sozialhilfe</b> bzw. <b>Mindestsicherung</b> ? <b>Wenn ja:</b> ausgezahlt von/beantragt bei: _____	
8.4	Beziehen Sie eine Leistung aus der <b>Kriegsopfer-, Heeresversorgung</b> oder <b>Opferfürsorge</b> ? <b>Wenn ja:</b> ausgezahlt von/beantragt bei: _____	
8.5	Beziehen Sie eine Leistung aus der <b>Arbeitslosenversicherung</b> (insbesondere Pensionsvorschuss)? <b>Wenn ja:</b> ausgezahlt von/beantragt bei: _____	
8.6	Beziehen Sie eine <b>weitere Pension</b> oder eine <b>Rente aus der Unfallversicherung</b> ? <b>Wenn ja:</b> ausgezahlt von/beantragt bei: _____	
8.7	Beziehen Sie eine <b>ausländische Leistung</b> (z. B. Rente)? <b>Wenn ja:</b> ausgezahlt von/beantragt bei: _____	

		ja-- nein
8.8	Sind Sie oder waren Sie und/oder Ihr (Ehe)Partner <b>Eigentümer land- und forstwirtschaftlich genutzter Grundstücke</b> ? <b>Wenn ja:</b> Ausmaß (ha/EHW): Bewirtschaftungsweise: Ehepakt vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
8.9	Beziehen Sie <b>sonstige Einkünfte</b> (z.B. Vermietung & Verpachtung, Leibrenten, Ausgedinge, Wohnrecht, Firmenpensionen, Unterhalt)? <b>Wenn ja:</b> Art der Einkünfte: _____ mtl. Höhe: _____	
8.10	Erzielt Ihr (Ehe)Partner in- oder ausländische Einkünfte? Bei Pensionsbezug <b>Kinderzuschuss</b> bzw. <b>Ausgleichszulage</b> angeben. <b>Wenn ja:</b> Einkommensquelle: _____ Höhe: _____	

**9 Krankenversicherung**

		ja – nein
9.1	Sind Sie gesetzlich <b>krankenversichert</b> ? <b>Wenn ja:</b> Anstalt: _____	
9.2	Waren Sie im Ausland aufgrund einer Erwerbstätigkeit gesetzlich krankenversichert? <b>Wenn ja:</b> Zeitraum von/bis: _____	

**10 Antragstellung durch eine andere Person**

<b>Ausfüllen, wenn die versicherte Person den Antrag nicht selbst stellt bzw. Vollmacht erteilt</b>			
<b>Bevollmächtigter Vertreter</b>	(Vollmacht	liegt bei	wird nachgereicht)
<b>Sachwalter</b>	(Bestellungsurkunde	liegt bei	wird nachgereicht)
<b>Gesetzlicher Vertreter</b>			
Name, Anschrift und Telefonnummer			
.....			
.....			
.....			
Gilt als <b>Vollmacht</b> (wenn Antrag von der versicherten Person unterfertigt)			

**11 Erklärung zum Antrag auf Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation**

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Ich bin darüber informiert, dass Leistungen, die auf Grund unrichtiger oder unvollständiger Aussagen erbracht wurden, zurückgezahlt werden müssen. Ferner, dass ich **Änderungen** zu meinen Angaben (z.B. im Einkommen, in den Familienverhältnissen, in der Adresse) **innerhalb von zwei Wochen**, die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit **innerhalb von sieben Tagen** der SVA bekannt geben muss.

Information [PPS-060114](#) ausgefolgt!

-----  
Ort und Datum

-----  
Unterschrift

<b>Wird von der SVA ausgefüllt!</b>	Die Übereinstimmung der angegebenen Personaldaten mit den vorgelegten Dokumenten wird bestätigt.	Die Dokumente liegen in Kopie bei	Die Dokumente werden nachgereicht
Geburtsurkunde des/der Versicherten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburtsurkunde des (der) Kindes(r)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heiratsurkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zweitschrift <input type="checkbox"/> nicht ausgefolgt <input type="checkbox"/> ausgefolgt			
			----- Stempel und Unterschrift