

**Anregung einer ambulanten
Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten
gem. § 23 Abs. 2 SGB V**

Name, Vorname: _____

geboren am: _____

Versicherten-
nummer: _____

- bei Schwächung der Gesundheit/zur Krankheitsverhütung
- zur Vermeidung der Verschlimmerung
behandlungsbedürftiger Krankheiten
- bei Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von
Kindern

Der/Die Versicherte ist bei mir in Behandlung seit: _____

Risikofaktoren/Gefährdung, Regulations-/Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden

- erhöhter Blutdruck Bewegungsmangel/Fehlhaltung Übergewicht Stress Rauchen
- sonstige Risikofaktoren: _____
- aktuelle Beschwerden (ggf. auch Regulations-/Befindlichkeitsstörungen): _____

relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung	seit wann?	Ursache	Verlauf
1.			
2.			
3.			

Ursache 1=Unfallfolgen; 2=Berufskrankheit; 3=Gesundheitsschäden nach dem BVG

Verlauf 1=chronisch rezidivierend; 2=chronisch progredient; 3=konstitutionell/umweltbedingte Neigung zu rezidierenden somatischen Erkrankungen

Schädigungen/Funktionsstörungen/Befund: _____ **Datum der letzten Untersuchung:** _____

aktuelle Befunde (z. B. Röntgen, EKG, Labor)/Untersuchungsberichte (z. B. Facharzt, Krankenhausentlassungsbericht)

- können bei Bedarf auch durch den MDK angefordert werden liegen nicht vor

angestrebtes Vorsorgeziel (z. B. Schmerzlinderung, Verbesserung der Beweglichkeit, Abbau von Risikofaktoren, Verhaltensänderung):

Welche Behandlungen, Maßnahmen/Hilfen wurden in den letzten 12 Monaten durchgeführt?

- Krankengymnastik Physik. Therapie Stimm-, Sprech- oder Sprachtherapie Ergotherapie
- Psychotherapie Patientenschulung Rehasport/Funktionstraining Selbsthilfegruppe
- Sonstige (z. B. Hilfsmittelversorgung): _____

Nur ausfüllen, sofern in den letzten 3 Jahren eine medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt wurde!
Die Vorsorgeleistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 3 Jahren medizinisch dringend erforderlich
(z. B. Verschlimmerung durch akuten Schub, andere Krankheit), weil

Sind besondere Anforderungen an den Kurort/die Einrichtung zu stellen (z. B. Klima, Allergiefaktoren)?

- nein ja, welche _____

empfohlener Kurort: _____ Dauer _____ Wochen

Durchführung der Vorsorgeleistung in kompakter Form (Kompaktkur) ja nein

ggf. weitere Bemerkungen: _____

Unterschrift und Stempel des
Vertragsarztes

- für die Angaben der Ärztin/des Arztes ist die EBM-Nr. 01623 berechnungsfähig – Muster 25

Hinweis zu Datenschutz:
Die vorstehend erfragten Angaben werden benötigt, um über den Antrag des Versicherten auf Durchführung einer Vorsorgeleistung entscheiden zu können. Nach §§ 100 SGB X und 73 Abs. 2 Ziff. 9 SGB V sind Sie verpflichtet, den erbetenen Bericht zu erteilen.

Ort und Datum _____