

AOK X	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
AOK PLUS						
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nummer	Versichertennummer		Status			
9900						
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.
Bereich Krankengeld/Vorsorge/Reha
1067-M-KGRV
01058 Dresden

Telefon: 0800 1059002-889
Telefax: 0800 1059002-889

Antrag auf eine Vorsorgemaßnahme

Schildern Sie bitte Ihre gesundheitlichen Beschwerden, aufgrund derer die Maßnahme beantragt wird:

Die Krankheitsursache dieser Beschwerden ist:

- ein anerkanntes Versorgungsleiden nach dem Bundesversorgungsgesetz oder sonstiges Versorgungsleiden, wenn ja, Schädigungsgrad: _____ %
- Folge eines Arbeits-, Wege- oder Schulunfalles bzw. einer Berufskrankheit
- Folge eines sonstigen Unfalles

Nennen Sie bitte Ihre behandelnden Ärzte der letzten 12 Monate:

Name	Fachrichtung	in Behandlung seit:	Anschrift

Welche medizinischen Behandlungen bzw. anderen Maßnahmen wurden aufgrund Ihrer Beschwerden in den letzten 12 Monaten durchgeführt?

Bitte geben Sie den Umfang der Behandlungen bzw. der anderen Maßnahmen jeweils neben der Bezeichnung an.

- Krankengymnastik
- Ergotherapie
- andere Heilmittel
- Psychotherapie
- Patientenschulung
- Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining
- Präventionsangebote (z. B. Ernährungsberatung, Rückenschule)
- Versorgung mit Hilfsmitteln, welche _____
- Sonstiges/eigene Aktivitäten _____
- Elektrotherapie
- Logopädie
- Massagen

Liegt eine anerkannte Schwerbehinderung vor?

nein ja Grad der Behinderung (GdB): _____ Merkzeichen: _____

An welchen gesundheitsfördernden Maßnahmen nehmen Sie teil (z. B. Sport, Gesundheitskurse, Wandern, Ernährungsberatung, Rückenschule, Teilnahme an Selbsthilfegruppen)?

Haben Sie in den letzten Jahren eine Vorsorgemaßnahme durchgeführt (auch Privatkuren)?

wenn ja, vom _____ bis _____ in _____

Kostenträger: _____

Was möchten Sie mit der Vorsorgemaßnahme erreichen?

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten

Hinweis zum Datenschutz:

Die Unterlagen, die Sie uns über Ihre Mitwirkungspflicht nach den §§ 60 und 65 SGB I hinaus freiwillig für Ihren Antrag auf Leistungen zur medizinischen Vorsorgeleistung gemäß § 23 SGB V zur Verfügung stellen, werden zum Zweck der Beratung und Begutachtung von der AOK PLUS an den zuständigen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und an die stationäre medizinische Vorsorge-Einrichtung weitergegeben und von diesen verarbeitet. Die Weitergabe und Verarbeitung erfolgt erst, wenn Sie eingewilligt haben. Die Erhebung, Verarbeitung und Übermittlung Ihrer Daten erfolgt auf freiwilliger Basis.

Ihr Einverständnis können Sie ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der AOK PLUS, Sternplatz 7 in 01067 Dresden oder über jeden anderen unserer Servicekontakte wahrnehmen. Ebenso können Sie den Widerruf elektronisch unter www.plus.aok.de/inhalt/widerruf-einer-erteilten-einwilligung übersenden. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/datenschutzrechte. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK PLUS, Sternplatz 7 in 01067 Dresden oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@plus.aok.de