

Ambulante Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort

Kurort _____ voraussichtlicher Kurbeginn _____ Kurdauer _____

Meine Erkrankung ist die Folge eines Arbeitsunfalles, eines Versorgungleidens oder wurde durch Dritte verursacht nein ja,
Krankheit _____ Datum des Ereignisses _____

Bei mir liegt eine Schwerbehinderung vor nein ja, Grad der Behinderung _____

Ich pflege Angehörige mit Pflegegrad nein ja

Innerhalb der letzten drei Jahre habe ich bereits ambulante oder stationäre Vorsorgemaßnahmen durchgeführt nein ja,

vom _____ bis _____ in _____ Kostenträger _____

Ich bin telefonisch erreichbar unter: _____
Telefon privat _____ Telefon dienstlich _____

Datenschutzhinweis:

Die in diesem Antrag genannten Daten sind zur Prüfung des Anspruchs auf eine ambulante Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort notwendig. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind § 284 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. § 23 Sozialgesetzbuch (SGB) V sowie § 284 Abs. 1 Nr. 17 SGB V, für eine mögliche Beteiligung des Medizinischen Dienstes § 284 Abs. 1 Nr. 7 SGB V i.V.m. §§ 275 Abs. 2 Nr. 1, 276 und 277 SGB V. Ihre Mitwirkung ist zur Bearbeitung des Antrags auf medizinische Leistungen zur Vorsorge erforderlich, wozu Sie gemäß §§ 60 und 66 SGB I verpflichtet sind. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen

Datum/Unterschrift

Einwilligung zur Übermittlung ärztlicher Unterlagen und Auskünfte an die Krankenkasse:

Ich bin damit einverstanden, dass die Krankenkasse von den im Antrag aufgeführten behandelnden Ärztinnen/Ärzten, Krankenhäusern und genannten Leistungsträgern ärztliche Unterlagen und Auskünfte anfordern kann, soweit diese für die Beurteilung und Entscheidung über meinen Antrag auf Vorsorgemaßnahmen erforderlich sind. Insoweit entbinde ich die oben genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen kann.

Datum/Unterschrift

**Patientin/Patient
Name und Anschrift der/des Versicherten**

Geburtsdatum

Versichertennummer

Kostenträgerkennung

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

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

Die Patientin/Der Patient ist bei mir in Behandlung seit: _____

Risikofaktoren/Gefährdung, Regulations-/Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden

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

Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung

seit wann?

Ursache

Verlauf

Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung	seit wann?	Ursache	Verlauf
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Ursache: 1 = Unfallfolgen; 2 = Berufskrankheit; 3 - Gesundheitsschäden nach dem BVG
Verlauf: 1 = chronisch rezidivierend; 2 = chronisch progredient; 3 = konstitutionell/umweltbedingte Neigung zu rezidivierenden somatischen Erkrankungen

Schädigungen/Funktionsstörungen/Befund

Letzte Untersuchung am

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

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

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

Vorbeugung akuter & chronischer Rückenschmerzen durch Verhaltensänderung. Verbesserung der Beweglichkeit, Kräftigung etc. nur langfristig mit Psychoedukation im multimodalen Therapieansatz zu erreichen.

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 4 Jahren eine medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt wurde!

Die Vorsorgeleistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 4 Jahren medizinisch dringend erforderlich (z.B. Verschlimmerung durch akuten Schub, andere Krankheiten)

Sind besondere Anforderungen an den Kurort 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 _____

Hinweis: 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, Datum

Vertragsarztstempel/Unterschrift der Ärztin/des Arztes