

Versicherte(r)

KVNR

Ärztlicher Befundbericht zur Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten

- bei Schwächung der Gesundheit / zur Krankheitsverhütung
- zur Vermeidung der Verschlimmerung bestehender Krankheiten
- als Kompaktkur (nur bei Erwachsenen / Inland)
- bei Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern (unter 14 Jahren)

Antragsrelevante Diagnose(n) ⇒ und ggf. Zuordnung zu einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP)	Schweregrad der Erkrankung(en) bitte unbedingt in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung angeben		Schweregrad				
	DMP ja	DMP nein	Diagnoseschlüssel ICD 10	leicht	mittel	schwer	chronisch
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Es handelt sich um Unfallfolgen Berufskrankheit Gesundheitsschäden nach dem BVG

- Aktuelle Untersuchungsbefunde: Größe cm Gewicht kg RR / mmHG
- Antragsrelevante Spezialbefunde liegen vor und können bei Bedarf durch den MD angefordert werden:
 Krankenhaus Röntgen EKG Labor ärztliche Berichte
- mitbehandelnde (Fach-)Ärzte
- Dauermedikation ⇒einschließlich Dosierung

In den letzten 12 Monaten durchgeführte Behandlungen/Maßnahmen			
Art	Häufigkeit/Zeitraum	Art	Häufigkeit/Zeitraum
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ambulante med. Reha	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Physikalische Therapie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Patientenschulung(en)/ Selbsthilfeaktivitäten	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ergotherapie/Logopädie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Rehasport/Funktionstraining	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

- die ambulanten Maßnahmen am Wohnort sind nach dem gestuften Versorgungssystem ausgeschöpft ja nein
Begründung bei nein
- aufgrund des derzeitigen Gesundheitszustandes ist eine ambulante Vorsorgeleistung vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 3 Jahren medizinisch dringend erforderlich. ja nein
Begründung bei ja
- Es liegen Risikofaktoren vor. ja nein
wenn ja, welche

<ul style="list-style-type: none"> angestrebtes Vorsorgeziel (z.B. Schmerzlinderung, Verbesserung der Beweglichkeit, Abbau von Risikofaktoren, Verhaltensänderung) besondere Anforderungen an den Kurort <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Kurort / Land <input type="text"/> 	<input type="text"/> (z.B. Klima, Allergien) <ul style="list-style-type: none"> • Kurdauer (Regeldauer 3 Wochen) <input type="text"/> Wochen
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datum • Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Arztstempel

Nach §§ 100 SGB X und 73 Abs. 2 Ziff. 9 SGB V ist die Ärztin / der Arzt verpflichtet, den erbetenen Bericht zu erteilen. Für Ihre Angaben ist die Nr. 01623 E-GO berechnungsfähig.