

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

ANTRAG auf eine ambulante Vorsorgeleistung

Ich beantrage eine ambulante Vorsorgeleistung

Möglicher Zeitraum vom _____ bis _____

Gewünschter Kurort _____

Ambulante Vorsorgeleistung

Ambulante Vorsorgeleistung für Kinder

Wurden Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet?

ja nein

Beziehen Sie Beschädigte, Witve oder Hinterbliebenenrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (Versorgungsbemittel)?

ja nein

Ist die Krankheit Folge eines Arbeits-/Wegeunfalles, einer Versorgungslebens oder durch Dritte verursacht worden?

ja nein

Wurde innerhalb der letzten 3 Jahre eine medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt?

ja nein

wenn ja, vom _____ bis _____ in _____

Kostenträger _____

 Telefonisch tagsüber erreichbar _____
(Vorwahl)

Datum, Unterschrift des/der Versicherten

Datenschutzhinweis: Die Erhebung der Daten beruht auf § 23 SGB V und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 60 SGB I verpflichtet. Bei fehlender Mitwirkung sind Leistungseinschränkungen möglich (§ 66 SGB I). Die Angabe der Telefon-Nr. ist freiwillig.

Antrag des Versicherten

**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

Der/Die Versicherte 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 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 rezidivierenden somatischen Erkrankungen

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

Aktuelle Befunde (z. B. Röntgen, EKG, Labor)/Untersuchungsberichte (z. B. Schärze, Krankheitsauslassungsbericht)

können bei Bedarf durch den MDK angefordert werden liegen nicht vor

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

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

Krankengymnastik Physiotherapie 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 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: _____

– Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 79 EBM berechnungsfähig –

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 und Datum _____ Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes _____