


Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.			Status		
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis			Datum		

## Antrag auf ambulante Vorsorgeleistung

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

<b>Ich beantrage ambulante Vorsorgeleistung</b>	
für den Zeitraum von _____ bis _____	
Gewünschter Kurort: _____	
Ist die Krankheit Folge eines Arbeitsunfalls, eines Versorgungsleidens oder durch Dritte verursacht worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde innerhalb der letzten vier Jahre eine Kur durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, vom _____ bis _____	in: _____
Kostenträger	_____
Üben Sie eine Pflegetätigkeit aus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
 Telefonisch tagsüber erreichbar:	_____
_____	_____
Datum	Unterschrift des Versicherten
Ihre Mitwirkungspflicht ergibt sich aus den §§ 60 ff. des Sozialgesetzbuches Allgemeiner Teil (SGB I). Die Daten werden von uns für Ihre Leistungsansprüche benötigt und selbstverständlich geschützt.	

Name, Vorname des Versicherten	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
--------------------------------	------------	------------------

## 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 medizinischen 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 Erkrankungen

**Schädigungen / Funktionsstörungen / Befund:** \_\_\_\_\_ **Datum der letzten Untersuchung:**   .   .

**Aktuelle Befunde (z. B. Röntgen, EKG, Labor) Untersuchungsberichte (z. B. FA-Charzt, Krankenhausentlassungsbericht)**

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/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), weil**

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

nein     ja, welche? \_\_\_\_\_

empfohlener Kurort: \_\_\_\_\_ **Dauer:** \_\_\_\_\_ Wochen

**Durchführung der Vorsorgeleistungen in kompakter Form (Kompaktkur)**     ja     nein

**Ggf weitere Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

– 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.

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes