

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

Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gemäß § 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-/Befindlichkeitsstörung(en)): _____				

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 rezivierenden somatischen Erkrankungen
--

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

Aktuelle Befunde (z. B. Röntgen, EKG, Labor) / Untersuchungsberichte (z. B. Facharzt, Krankenhausentlassungsbericht) ☐ können bei Bedarf durch den MDK/SMD 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 drei Jahren eine medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt wurde! Die Vorsorgeleistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von drei Jahren medizinisch <u>dringend</u> 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

Gegebenenfalls weitere Bemerkungen: _____

- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01623 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

Ort und Datum

Muster 25 (7. 2009)

An Ihre zuständige Krankenkasse:

Kranken-/Pflegeversicherten-Nr.

Name, Vorname der/des Versicherten

Antrag auf Gewährung einer ambulanten Vorsorgeleistung

Ich beantrage eine ambulante Vorsorgeleistung

Möglicher Zeitraum vom: _____ bis _____.

Gewünschter Kurort: _____

☐ Vorsorgemaßnahme

Beziehen Sie eine Rente/Hinterbliebenenrente wegen:

	Berufsgenossenschaft/Versorgungsamt	Aktenzeichen
☐ eines anerkannten Arbeitsunfalls?	☐ nein ☐ ja, von _____	_____
☐ einer anerkannten Berufskrankheit?	☐ nein ☐ ja, von _____	_____
☐ einer anerkannten Kriegsbeschädigung?	☐ nein ☐ ja, von _____	_____

Ist die Krankheit Folge eines Arbeitsunfalls, eines Versorgungsleidens oder durch Dritte verursacht worden?

☐ ja

☐ nein

Wann wurde die letzte Maßnahme durchgeführt?

vom _____ bis _____ in _____

Kostenträger: _____

Telefonisch tagsüber erreichbar: _____
(Vorwahl/Rufnummer)

Datum, Unterschrift des/der Versicherten

Bitte lassen Sie die Rückseite dieses Antrages von Ihrem Arzt ausfüllen.