

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. 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):

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