

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