

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: **Bad Mergentheim**

Wann wurde die letzte Maßnahme durchgeführt?

vom bis in

Kostenträger:

Telefonisch tagsüber erreichbar:
(Vorwahl/Rufnummer)

.....
Datum, Unterschrift des/der Versicherten

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 rezidierenden 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 MD 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 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: Bad Mergentheim **Dauer:** --- Wochen

Durchführung der Vorsorgeleistung in kompakter Form (Kompaktkur) ja nein

Bad Mergentheim bietet keine Kompaktkur

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)