

An die zuständige Krankenkasse:

Kranken-/Pflegeversicherten-Nr.

Name, Vorname der/des Versicherten

Antrag auf Gewährung einer ambulanten Vorsorgeleistung in Bad Driburg

Ich beantrage eine ambulante Vorsorgeleistung

Mögliche Zeitspanne von _____ bis _____

Bevorzugter Kurort: **Bad Driburg** _____

Vorsorgemaßnahme

Ich erhalte eine Rente oder Hinterbliebenenrente aufgrund von:

| | | Berufsgenossenschaft/Versorgungsamt | Aktenzeichen |
|---------------------|--|-------------------------------------|--------------|
| Arbeitsunfall | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von | | |
| Berufskrankheit | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von | | |
| Kriegsbeschädigung? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von | | |

Ist die Krankheit auf einen Arbeitsunfall, ein Versorgungsleiden oder Dritte zurückzuführen?

ja nein

Zu welchem Zeitpunkt fand die letzte Maßnahme statt?

vom _____ bis _____ in _____

Kostenträger: _____

Erreichbarkeit per Telefon: _____
(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 | <input type="checkbox"/> Bei Schwächung der Gesundheit / zur Krankheitsverhütung <input type="checkbox"/> zur Vermeidung der Verschlimmerung behandlungsbedürftiger Krankheiten <input type="checkbox"/> bei Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Kinder |
|---|---|

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 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 Driburg** Dauer: _____ Wochen

Durchführung der Vorsorgeleistung in kompakter Form (Kompaktkur) ja nein

Gegebenenfalls weitere Bemerkungen: _____

-Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01623 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.