

## Ambulante Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort

Kurort \_\_\_\_\_ voraussichtlicher Kurbeginn \_\_\_\_\_ Kurdauer \_\_\_\_\_

Meine Erkrankung ist die Folge eines Arbeitsunfalles, eines Versorgungsleidens oder wurde durch Dritte verursacht  nein  ja,  
Krankheit \_\_\_\_\_ Datum des Ereignisses \_\_\_\_\_

Bei mir liegt eine Schwerbehinderung vor  nein  ja, Grad der Behinderung \_\_\_\_\_

Ich pflege Angehörige mit Pflegegrad  nein  ja

Innerhalb der letzten drei Jahre habe ich bereits ambulante oder stationäre Vorsorgemaßnahmen durchgeführt  nein  ja,  
vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ Kostenträger \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich bin telefonisch erreichbar unter: \_\_\_\_\_  
Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon dienstlich \_\_\_\_\_

### Datenschutzhinweis:

Die in diesem Antrag genannten Daten sind zur Prüfung des Anspruchs auf eine ambulante Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort notwendig. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind § 284 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. § 23 Sozialgesetzbuch (SGB) V sowie § 284 Abs. 1 Nr. 17 SGB V, für eine mögliche Beteiligung des Medizinischen Dienstes § 284 Abs. 1 Nr. 7 SGB V i.V.m. §§ 275 Abs. 2 Nr. 1, 276 und 277 SGB V. Ihre Mitwirkung ist zur Bearbeitung des Antrags auf medizinische Leistungen zur Vorsorge erforderlich, wozu Sie gemäß §§ 60 und 66 SGB I verpflichtet sind. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen

Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_

**Einwilligung zur Übermittlung ärztlicher Unterlagen und Auskünfte an die Krankenkasse:**

Ich bin damit einverstanden, dass die Krankenkasse von den im Antrag aufgeführten behandelnden Ärztinnen/Ärzten, Krankenhäusern und genannten Leistungsträgern ärztliche Unterlagen und Auskünfte anfordern kann, soweit diese für die Beurteilung und Entscheidung über meinen Antrag auf Vorsorgemaßnahmen erforderlich sind. Insoweit entbinde ich die oben genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen kann.

Datum/Unterschrift

---

Patientin/Patient  
Name und Anschrift der/des Versicherten

Geburtsdatum      Versichertennummer      Kostenträgerkennung

**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

Die Patientin/Der Patient 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
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Ursache: 1 = Unfallfolgen;      2 = Berufskrankheit;      3 = Gesundheitsschäden nach dem BVG  
Verlauf: 1 = chronisch rezidivierend;      2 = chronisch progredient;      3 = konstitutionell/umweltbedingte Neigung zu rezidivierenden somatischen Erkrankungen

Schädigungen/Funktionsstörungen/Befund \_\_\_\_\_ Letzte Untersuchung am \_\_\_\_\_

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- und Sprachtherapie       Ergotherapie
- Psychotherapie       Patientenschulung       Rehasport/Funktionstraining       Selbsthilfegruppe
- Sonstige (z. B. Hilfsmittelversorgung) \_\_\_\_\_

**Nur ausfüllen, sofern in den letzten 3 Jahren eine medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt wurde!**

Die Vorsorgeleistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 3 Jahren medizinisch **dringend** erforderlich, weil (z. B. Verschlimmerung durch akuten Schub, andere Krankheit)

Sind besondere Anforderungen an den Kurort zu stellen (z. B. Klima, Allergiefaktoren)?

- nein     ja, welche \_\_\_\_\_

empfohlener Kurort: Bad Birnbach \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_ Wochen

Durchführung der Vorsorgeleistung in kompakter Form (Kompaktkur)  ja     nein  
Ggf. weitere Bemerkungen \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel/Unterschrift der Ärztin/des Arztes

**Hinweis:** Die vorstehend erfragten Angaben werden benötigt, um über den Antrag der/des Versicherten auf Durchführung einer Vorsorgeleistung entscheiden zu können. Nach §§ 100 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch und 73 Abs. 2 Ziffer 9 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch sind Sie verpflichtet, den erbetenen Bericht zu erteilen.

Ort, Datum