



BAHN-BKK
PostCenter
48123 Münster

Antrag auf eine ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten

Ich beantrage eine ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten		
Vorname Name: _____ Versicherten-Nr.: _____		
für den Zeitraum von: _____ bis: _____		
Gewünschter Kurort: _____		
Bitte nennen Sie uns den Grund Ihrer Antragstellung: _____ _____		
Ist die Krankheit Folge eines Arbeitsunfalls, eines Versorgungsleidens oder durch Dritte verursacht worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde innerhalb der letzten drei Jahre eine ambulante Vorsorgeleistung (Badekur, Kompaktkur) durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, vom _____ bis _____ Ort: _____		
Kostenträger: _____		
Nachfolgend können Sie noch ergänzende Angaben machen: _____ _____		
Tagsüber bin ich telefonisch erreichbar unter: _____		
Die Angaben wurden wahrheitsgemäß nach bestem Wissen von mir gemacht		
Datum: _____ Unterschrift des Versicherten: _____		

Bitte lassen Sie dieses Formular von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt ausfüllen und fügen es Ihrem Antrag auf eine ambulante Vorsorgeleistung bei

<p>Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gem. § 23 Abs. 2 SGB V</p>	<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 Kindern																
Der/die Versicherte ist bei mir in Behandlung seit: <input style="width: 100px;" type="text"/>																	
Risikofaktoren/Gefährdung, Regulations-/Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel/Fehlhaltung <input type="checkbox"/> Übergewicht/Fehlernährung <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Rauchen <input type="checkbox"/> sonstige Risikofaktoren _____ <input type="checkbox"/> aktuelle Beschwerden (ggf. auch Regulations-/Befindlichkeitsstörungen): _____																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:60%;">Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung</th> <th style="width:10%;">seit wann ?</th> <th style="width:15%;">Ursache</th> <th style="width:15%;">Verlauf</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung	seit wann ?	Ursache	Verlauf	1.				2.				3.			
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 zur rezidivierenden Erkrankungen																	
Schädigungen/Funktionsstörungen/Befund: _____ Datum der letzten Untersuchung: <input style="width: 100px;" type="text"/>																	
Aktuelle Befunde (z.B. Röntgen, EKG, Labor)/Untersuchungsberichte (z.B. Facharzt, Krankenhausentlassungsbericht) <input type="checkbox"/> können bei Bedarf durch den MDK angefordert werden <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Physik. Therapie <input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech- oder Sprachtherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Psychotherapie <input type="checkbox"/> Patientenschulung <input type="checkbox"/> Rehasport/Funktionstraining <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe <input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. Hilfsmittelversorgung) _____																	
<p><i>Nur ausfüllen, sofern in den letzten 3 Jahren eine medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt wurde!</i></p> <p>Die Vorsorgeleistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 3 Jahren medizinisch dringend erforderlich (z.B. Verschlimmerung durch akuten Schub, andere Krankheiten), weil</p> _____ _____																	

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: _____

- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01623 EBM 2000plus berechnungsfähig -

_____ Ort und Datum

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 /% Abs. 2 Ziff. 9 SGB V sind Sie verpflichtet den erbetenen Bericht zu erteilen.

Unterschrift und Stempel Vertragsarzt