

An Ihre zuständige Krankenkasse:

Kranken-/Pflegeversicherten-Nr.

Name, Vorname der/des Versicherten

Antrag auf Gewährung einer ambulanten Vorsorgeleistung in Bad Füssing

Ich beantrage eine ambulante Vorsorgeleistung

Möglicher Zeitraum vom: _____ bis _____

Gewünschter Kurort: **Bad Füssing**

☐ Vorsorgemaßnahme

Beziehen Sie eine Rente/Hinterbliebenenrente wegen:

	Berufsgenossenschaft/Versorgungsamt	Aktenzeichen
☐ eines anerkannten Arbeitsunfalls?	☐ nein ☐ ja, von _____	_____
☐ einer anerkannten Berufskrankheit?	☐ nein ☐ ja, von _____	_____
☐ einer anerkannten Kriegsbeschädigung?	☐ nein ☐ ja, von _____	_____

Ist die Krankheit Folge eines Arbeitsunfalls,eines Versorgungsleidens
oder durch Dritte verursacht worden? ☐ ja ☐ nein

Wann wurde die letzte Maßnahme durchgeführt?

vom _____ bis _____ in _____

Kostenträger: _____

Telefonisch tagsüber erreichbar: _____
(Vorwahl/Rufnummer)

Datum, Unterschrift des/der Versicherten

Bitte lassen Sie die Rückseite dieses Antrages von Ihrem Arzt ausfüllen.

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 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, Verhaltens-
änderung):**

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 Füssing **Dauer:** _____ Wochen

Durchführung der Vorsorgeleistung in kompakter Form (Kompaktkur) ☐ ja ☐ nein

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)