

Name, Vorname des Versicherten	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
--------------------------------	------------	------------------

## 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

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-/Befindlichkeitsstörungen):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen 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 rezidivierenden 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 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 4 Jahren eine medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt wurde!

Die Vorsorgeleistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 4 Jahren medizinisch **dringend** erforderlich (z.B. Verschlimmerung durch akuten Schub, andere Krankheiten), weil

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:

Ort, Datum

- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 79 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