

Kranken-/Pflegeversicherten-Nr. \_\_\_\_\_

Name, Vorname der/des Versicherten \_\_\_\_\_

**KNAPPSCHAFT**  
**Kranken- und Pflegeversicherung**  
**45095 Essen****Antrag auf Gewährung einer ambulanten Vorsorgeleistung (in einem anerkannten Kurort)****Ich beantrage eine ambulante Vorsorgeleistung**

Möglicher Zeitraum vom: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.

Gewünschter Kurort: \_\_\_\_\_

 Vorsorgemaßnahme     Kindervorsorgemaßnahme

Beziehen Sie eine Rente/Hinterbliebenenrente wegen:

	Berufsgenossenschaft/Versorgungsamt	Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> eines anerkannten Arbeitsunfalls?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____	_____
<input type="checkbox"/> einer anerkannten Berufskrankheit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____	_____
<input type="checkbox"/> einer anerkannten Kriegsbeschädigung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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.
------------------------------------	------------	------------------

<b>Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gemäß § 23 Abs. 2 SGB V</b>	<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:

**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 rezidierenden 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: \_\_\_\_\_ **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

YRCMO36002 16300