

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.
------------------------------------	------------	------------------

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