

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 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
Muster 25 (7. 2009)

Ort und Datum