

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