**BKK24 -**

**:**

**Telefon:**
**Telefax:**
**E-Mail:**

**Sie erreichen uns persönlich:**

BKK24-Hauptverwaltung – 31681 Obernkirchen

**Postanschrift für schriftliche Anliegen:**
BKK24 | 31681 Obernkirchen

**Ihr Zeichen:**

**Datum:** 19.06.2024

## Ihr Antrag auf eine ambulante Vorsorgemaßnahme

Sie möchten mit einer ambulanten Vorsorgeleistung Ihre Gesundheit erhalten und fördern. Darüber freuen wir uns und senden Ihnen gern die entsprechenden Antragsformulare zu.

Die Unterlagen füllen Sie bitte vollständig aus und senden diese an uns zurück. Ihr behandelnder Arzt wird teilweise dabei mitwirken. Aktuelle medizinische Befundberichte fügen Sie bitte ebenfalls bei.

Voraussetzung für eine ambulante Vorsorgekur ist, dass bereits im Vorfeld sämtliche ambulante Behandlungsmöglichkeiten am Wohnort ausgeschöpft wurden.

Wir weisen darauf hin, dass eine Kostenübernahme nur erfolgen kann, wenn unsere Genehmigung **vor** Kurantritt erfolgte.

Service wird bei uns groß geschrieben. Deshalb stehen wir Ihnen gern beratend zur Seite.

Haben Sie Fragen oder benötigen Sie weitere Informationen – rufen Sie uns gerne an!

Mit freundlichen Grüßen

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **BKK** | | | | |

Name, Vorname des Versicherten

,

,

geb. am

| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
|---|---|---|
| 102 122 660 | | |
| Vertragsarzt-Nr. | VK gültig bis | Datum |
| | | 19.06.2024 |

## Antrag auf ambulante Vorsorgeleistung

☐ bei Schwächung der Gesundheit / zur Krankheitsverhütung

☐ zur Vermeidung der Verschlimmerung behandlungsbedürftiger Krankheiten

☐ bei Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern

**Ich beantrage eine ambulante Vorsorgeleistung**

für den Zeitraum von: _____ bis: _____

Gewünschter Kurort: _____

Ist die Krankheit Folge eines Arbeitsunfalls, eines Versorgungsleidens oder durch Dritte verursacht worden? ☐ ja ☐ nein

Wurde innerhalb der letzten vier Jahre eine Kur durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, vom: _____ bis: _____ in: _____

Kostenträger _____

Üben Sie eine Pflegetätigkeit aus? ☐ ja ☐ nein

☎ Telefonisch tagsüber erreichbar: _____

_____ _____

Datum Unterschritt des/der Versicherten

Ihre Mitwirkungspflicht ergibt sich aus den §§ 60 ff. des Sozialgesetzbuches Allgemeiner Teil (SGB I).

Die Daten werden von uns für Ihre Leistungsansprüche benötigt und selbstverständlich geschützt.

| Name, Vorname des Versicherten | Kassen - Nr. | Versicherten - Nr. |
|---|---|---|
| , | **102 122 660** | |

**Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gem. § 23 Abs. 3 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 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/umweltbed. Neigung zu rezidivierenden 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 MD 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): _____

☐ *Chronische Erkrankung ( nur auszufüllen bei Kindern unter 14 Jahren)* *(Diagnose)*

*Nur ausfüllen, sofern in den letzten 3 Jahren eine medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt wurde!*

**Die Vorsorgeleistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 3 Jahren medizinisch <u>dringend</u> 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 :**

**- 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

# Fragebogen zum Antrag auf ambulante Vorsorge

*- zum Ausfüllen für den Versicherten bestimmt -*

| Name, Vorname des Versicherten | Kassen - Nr. | Versicherten - Nr. |
|---|---|---|
| , | **102 122 660** | |

**1.) Welche Risikofaktoren liegen bei Ihnen vor?**

☐ erhöhter Blutdruck ☐ Bewegungsmangel / Fehlhaltung ☐ Übergewicht/ Fehlernährung ☐ Stress

☐ Rauchen ☐ Alkoholgenuss ☐ Schlafstörungen

☐ Sonstige Risikofaktoren _____

☐ aktuelle Beschwerden _____

_____

**2.) Aktuelle Befunde (z.B. Röntgenbilder, Laborberichte)**

☐ können gerne bei meinem behandelnden Arzt / Facharzt *(bitte Fachrichtung angeben)*

_____ angefordert werden.

☐ liegen nicht vor.

**3.) Welche Maßnahmen haben Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> am Wohnort ergriffen?**

☐ Krankengymnastik / Massagen

☐ Sportverein

☐ Ergotherapie Logopädie

☐ Psychotherapie

☐ Reduzierung von Bewegungsmangel in Form von _____ _____

☐ Rehasport / Funktionstraining

☐ regelmäßige Facharztbesuche bei:
1.)
2.)

☐ Patientenschulung wenn ja, welche?
1.)
2.)

☐ Präventionskurse wenn ja, welche:
1.)
2.)
3.)

☐ Selbsthilfegruppen

☐

☐

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Versicherten