



Länger besser leben.

		BKK			
Name, Vorname des Versicherten					
geb. am					
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum		

KURANTRAG

- stationäre Vorsorgekur
 Rehabilitationskur
 Mutter-Kind-Kur

Ich beantrage eine Kur	
für den Zeitraum von _____ bis _____	
Gewünschter Kurort: _____	
Wurden Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, vom _____ bis _____	
Rentenversicherungsträger	_____
Ist die Krankheit Folge eines Arbeitsunfalls, eines Versorgungsleidens oder durch Dritte verursacht worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde innerhalb der letzten vier Jahre eine Kur durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, vom _____ bis _____	in: _____
Kostenträger	_____
Üben Sie eine Pfllegetätigkeit aus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wird die Maßnahme für einen Familienversicherten beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat der Familienversicherte eigenes Einkommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Höhe des Einkommens:	_____
Hat der Familienversicherte eigene Rentenversicherungsbeiträge entrichtet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, vom _____ bis _____	
Rentenversicherungsträger	_____
Telefonisch tagsüber erreichbar:	_____ (Vorwahl)
Datum	Unterschrift 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.	

Kurvorschlag des Arztes

stationäre Vorsorgekur
 Rehabilitationskur
 Mutter-Kind-Kur

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. 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