

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. FIBROMYALGIE			
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 **THERMALWASSER**

empfohlener Kurort: Bad Füssing Dauer: 3 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.

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

Muster 25 (7. 2009)