

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

<b>Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gem. § 23 Abs. 2 SGB V</b>	<input type="checkbox"/> bei Schwächung der Gesundheit / zur Krankheitsverhütung <input type="checkbox"/> zur Vermeidung der Verschlimmerung behandlungsbedürftiger Krankheiten <input type="checkbox"/> 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 rezidierend; 2=chronisch progredient; 3=konstitutionell/umweltbedingte Neigung zu rezivierenden 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 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- und Sprachtherapie      ☐ Ergotherapie  
☐ Psychotherapie      ☐ Patientenschulung      ☐ Rehasport/Funktionstraining      ☐ Selbsthilfegruppe

☐ Sonstige (z. B. Hilfsmittelversorgung): \_\_\_\_\_

*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 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

**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.

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes \_\_\_\_\_

Muster 25/E (1.2015)  
PRF.NR.