



Aktenzeichen: _____

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der/des Versicherten		geb. am
Ärztlicher Befundbericht für stationäre Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 4 SGB V		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Hinweis: Für das ärztliche Attest ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig.

A. Anamnese

Beschwerden der/des Versicherten; Gefährdung/Defizite in der altersgerechten Entwicklung des Kindes/Jugendlichen; seit wann?

Bei chronischer Erkrankung:

Diagnose gesichert seit: _____
Tag, Monat, Jahr

Verlauf in den letzten 12 Monaten:

☐ derzeit keine Verschlimmerung ☐ allmählich progredient ☐ durch akute Schübe progredient

B. Vorsorgebedürftigkeit – medizinische/sozialmedizinische Befunderhebung
(ggf. aktuelle relevante Befundberichte für den MD im verschlossenen Umschlag beifügen)

1. Vorsorgebegründende Gesundheitsstörungen/Erkrankungen in der Reihenfolge Ihrer Bedeutung

Gesundheitsstörung/Erkrankung nach ICD 10

_____	_____
_____	_____
_____	_____

2. Datum der letzten Konsultation/Untersuchung vor der Verordnung: _____
Tag, Monat, Jahr

3. Aktuelle relevante Befunde/Untersuchungsberichte (auch fachärztlich)

☐ sind dem Antrag beigelegt ☐ liegen nicht vor



Aktenzeichen: _____

4. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

- | | |
|--|---|
| ☐ Bewegungsmangel/Fehlhaltung | ☐ Alkohol |
| ☐ Stress | ☐ Medikamente |
| ☐ Nikotin | ☐ Übergewicht/Fehlernährung: Größe: _____ cm,
Gewicht: _____ kg |
| ☐ erhöhten Blutdruck | ☐ übermäßigen Medienkonsum |
| ☐ Verhaltensauffälligkeiten | ☐ Sonstiges: _____ |

5. Relevante positiv/negativ wirkende Kontextfaktoren/sozialmedizinische Faktoren

bei Kindern/Jugendlichen:

Besuch von: ☐ Krippe ☐ Kindergarten ☐ Schule ☐ Sonstiges: _____

bei Erwachsenen:

Berufstätig: ☐ nein ☐ ja, als _____

Persönliches und familiäres Umfeld (z. B. familiäre Unterstützung, Wohnsituation, Beziehungskonflikte, Pflege eines Angehörigen, Tod eines nahe stehenden Angehörigen)

Berufliches/schulisches Umfeld (z. B. drohender Arbeitsplatzverlust, Überforderungssituation)

Soziales Umfeld (z. B. Unterstützung durch soziale Dienste, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten)

6. Maßnahmen in den letzten 12 Monaten

☐ Maßnahmen mit präventiver Ausrichtung (z. B. Ernährungsberatung, Rückenschule):

☐ Heilmittel (welche?/Anzahl?) _____

☐ Medikamente _____

☐ Psychotherapie/Psychologische Beratung _____

☐ Frühförderung ☐ heilpädagogische Maßnahmen ☐ Rehabilitationssport/Funktionstraining

☐ Patientenschulung _____

☐ Selbsthilfegruppen _____

☐ Sonstiges _____

C. Vorsorgefähigkeit

(bezieht sich neben der Belastbarkeit auch auf die Motivation, die unter D. formulierten Vorsorgeziele anzustreben; sowie die Bereitschaft, das Gesundheitsverhalten langfristig zu ändern (bei Kindern auch Unterstützung durch die Bezugsperson))

☐ ja ☐ nein



Aktenzeichen: _____

D. Vorsorgeziele

1. Ziele in Bezug auf die Vermeidung der Verschlimmerung behandlungsbedürftiger (chronischer) Krankheiten
2. Ziele in Bezug auf die Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes/Jugendlichen

E. Ergänzende Hinweise

1. Leistung vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend erforderlich
☐ nein ☐ ja, weil _____
2. Anforderung an den Kurort/die Einrichtung (z. B. ortsgebundene/spezifische Heilmittel, Klima, Allergiefaktoren, Barrierefreiheit, besondere Therapieangebote)
☐ nein ☐ ja, welche _____
3. Besondere Hinweise
Ambulante Vorsorgeleistung ausreichend: ☐ ja ☐ nein, weil _____
Reisefähigkeit: ☐ öffentliche Verkehrsmittel ☐ PKW ☐ Reisebegleitung
Begleitperson während der Maßnahme erforderlich: ☐ nein ☐ ja, weil _____
Sonstiges: _____

F. Unterschrift

Datum

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes