



Aktenzeichen:

Antrag auf ambulante Vorsorge am Kurort			
Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 60 ff. SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund des § 23 SGB V zu erheben. Fehlt die Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen.			
A. Angaben zur Person des Antragstellers			
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)			Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort			Geburtsort
Staatsangehörigkeit	Telefon Vorwahl/Rufnummer	Telefax Vorwahl/Rufnummer	Rentenversicherungs-Nr.
Familienstand			
☐ ledig Falls nicht ledig, seit _____ ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden Tag, Monat, Jahr			
☐ verwitwet ☐ in eingetragener Partnerschaft lebend			
B. Angaben zur beantragten Leistung			
1. In welchem anerkannten Kurort soll die beantragte Maßnahme durchgeführt werden? _____			
2. In welchem Zeitraum soll die beantragte Maßnahme durchgeführt werden? _____			
3. Erfolgte ein Kuraufenthalt in den letzten drei Jahren? ☐ nein ☐ ja, vom _____ bis _____ Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr			
4. Handelt es sich bei der Erkrankung, für die die Kurmaßnahme beantragt wird, um - ein anerkanntes Kriegsleiden ☐ nein ☐ ja - die Folgen eines Arbeitsunfalles ☐ nein ☐ ja - die Folgen eines sonstigen Unfalles ☐ nein ☐ ja; falls ja: Fremdverschulden? ☐ nein ☐ ja			
5. Liegen besondere berufliche oder familiäre Umstände vor, aufgrund derer - eine Durchführung von ambulanten Leistungen am Wohnort/in Wohnortnähe nicht möglich ist? ☐ nein ☐ ja, welche? _____ - ambulante Leistungen am Wohnort/in Wohnortnähe nicht ausreichen? ☐ nein ☐ ja, welche? _____			
C. Unterschrift			
Ich verpflichte mich, Veränderungen in meinen persönlichen Verhältnissen der Krankenkasse sofort mitzuteilen. Ich bin mit der Übermittlung von Daten zur Prüfung von anrechenbaren Vorleistungen durch meine Vorgängerkrankenkasse einverstanden, sofern ich innerhalb der letzten drei Jahre nicht durchgängig bei der LKK versichert war.			
Datum		Unterschrift des Antragstellers	
Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage www.svlfg.de unter der Rubrik Datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.			



Aktenzeichen:

Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gem. § 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-/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/umweltbedingte Neigung zu rezidivierenden somatischen Erkrankungen			
Schädigungen/Funktionsstörungen/Befund:		Datum der letzten Untersuchung: _____ Tag, Monat, Jahr	
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, Verhaltensstörung):			
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 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 Krankheit), 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