

**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**

<b>1.</b>			
<b>2.</b>			
<b>3.</b>			

**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:**

**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 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

**gültig seit Juli 2009**

**verbindliches Muster**

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes