

Antrag auf ambulante Vorsorgeleistungen

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Ort	Versicherungsnummer


ambulante Vorsorgeleistungen
 Kindervorsorgeleistungen

Möglicher Zeitraum vom bis
 Gewünschter Kurort

Ist die Krankheit Folge eines Arbeitsunfalls, eines Versorgungsleidens oder durch Dritte verursacht worden? ja nein

Wurde innerhalb der letzten 3 Jahre eine Vorsorgemaßnahme durchgeführt? ja nein
 Wenn ja, ... vom bis in
 Kostenträger

Ich bin tagsüber erreichbar unter (freiwillige Angabe):


Ort, Datum
Unterschrift

Datenschutzhinweis: Damit die Salus BKK die Aufgaben rechtmäßig erfüllen kann, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich (Datenerhebung nach § 23 SGB V).

Salus BKK
 Siemensstraße 5 a
 63263 Neu-Isenburg

Service-Hotline
 0180 2 221322*

*Festnetzpreis 6 Cent/Anruf; Mobilfunkpreise maximal 42 Cent/Min.

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
- Rauchen
- Stress

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=konstitutionel/umweltbedingte Neigung zu rezidivierenden somatischen Erkrankungen

Schädigung/Funktionsstörung/Befund

Datum der letzten Untersuchung

Aktuelle Befunde (z.B. Röntgen, EKG, Labor) **bzw. 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
- Patientenschulung
- Psychotherapie
- 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 Wartefrist von 3 Jahren medizinisch dringend erforderlich (z.B. Verschlimmerung durch akuten Schub, andere Krankheiten), weil ...

Sind besondere Anforderungen an den Kurort zu stellen (z.B. Klima, Allergiefaktoren)? nein ja:

Empfohlener Kurort

Dauer:

Wochen

Durchführung der Vorsorgeleistungen in kompakter Form (Kompaktkur)? ja nein

Ggf. weitere Bemerkungen

- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01623 EBM 2000 plus berechnungsfähig -

X

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

Hinweise: 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 erbeten Bericht zu erteilen.