

**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 \_\_\_\_\_
- akute 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:

**Aktuelle Befunde (z.B. Röntgen, EKG, Labor)/Untersuchungsberichte (z.B. Facharzt, Krankenhausentlassungsbericht)**

- Kann 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
- Summ-, 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 Krankheiten, 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: \_\_\_\_\_

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

Hinweis: Die voranstehend 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