

Anlage 5 zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 28.06.2022, **gültig ab 01.11.2022**

(weiterhin stimmig mit Stand 01.11.2022)

Freigabe 05.11.2014

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung **Versicherten-Nr.** **Status**

Betriebsstätten-Nr. **Arzt-Nr.** **Datum**

Verordnung des Kurarztes

Ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V

IK des Leistungserbringers

Gesamt-Zuzahlung **Gesamt-Brutto**

Rechnungs-Nummer

Beleg-Nummer

Pos.-Nr. Anzahl

Pos.-Nr. Anzahl

Pos.-Nr. Anzahl

Pos.-Nr. Anzahl

Pos.-Nr. Anzahl

Pos.-Nr. Anzahl

Diagnose/Vorsorgeziel

Ggf. Hinweise zur Therapie

Verordnungs- menge	Heilmittel	Anzahl pro Wb.

Maßnahmen der Gesundheitsförderung

- Patienten-Gesprächsseminar
- Verhaltenstherapeutisches Ernährungsseminar
- Seminar Raucherentwöhnung
- Seminar Entspannungstechniken
- Seminar Bewegungstraining
-

Verbindliches Muster

Kurarztstempel / Unterschrift des Kurarztes

(1.2015)

Anlage 5 zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 28.06.2022, **gültig ab 01.11.2022**

(weiterhin stimmig mit Stand 01.11.2022)

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben.

Datum	Maßnahme(n)	Patienten-Unterschrift
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

Behandlungsabbruch am: Datum

Freigabe 05.11.2014

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des Leistungsbringers

Dieses Formular bitte nach Beendigung der Behandlung der jeweiligen Krankenkasse zusenden.