

Antrag auf eine Vorsorgemaßnahme

Ich beantrage eine Vorsorgemaßnahme.

Ich war zuletzt vom _____ bis _____
in _____ in Kur.
Diese Kur wurde von _____ bezahlt.

Ich war bisher noch nicht zur Kur.

Meine geplante Kur möchte ich in _____ durchführen.

Ort, Datum

Unterschrift

Datenschutzhinweis:

Die vorgenannten personenbezogenen Daten sind für die Beurteilung des Leistungsanspruchs der ambulanten Vorsorgemaßnahme erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind die §§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 i.V.m. 23 SGB V. Die Daten werden ausschließlich zur Beurteilung des Leistungsanspruchs der ambulanten Vorsorgemaßnahme gespeichert und verwendet. Ihr Mitwirken ist nach §§ 60 SGB I und 206 SGB V erforderlich. Ohne Ihr Mitwirken Angaben können wir die beantragte ambulante Vorsorgemaßnahme nicht bewilligen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter <https://aok.de/rps/datenschutzrechte> oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@rps.aok.de.

Selbstauskunftsbogen zum Antrag auf medizinische Vorsorge

für Emil Mustermann, geb. 17.12.1991, 105350934

1. Wegen welcher Beschwerden möchten Sie die medizinische Vorsorge durchführen?

2. Bei welchem Arzt waren Sie in den letzten 2 Jahren in Behandlung?

Name	Fachrichtung	Ort
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

3. Welche Maßnahmen (Massage, Fango, Krankengymnastik, Schwimmen, Diät, Turnverein, Fitness-center usw.) wurden in den letzten 12 Monaten durchgeführt?

Art	Wann (z. B. Mai 2007)	Anzahl
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

4. Welche Medikamente (Tabletten, Spritzen) erhalten Sie zurzeit(bitte Dosierung angeben)?

5. Bitte geben Sie Ihr aktuelles Gewicht und Ihre Körpergröße an

Körpergewicht _____ kg Körpergröße _____ cm

6. Was erhoffen Sie sich von der beantragten Maßnahme?

7. Sonstige Anmerkungen

Datenschutzhinweis:

Die vorgenannten personenbezogenen Daten sind für die Beurteilung des Leistungsanspruchs der ambulanten Vorsorgemaßnahme erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind die §§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 i.V.m. 23 SGB V. Die Daten werden ausschließlich zur Beurteilung des Leistungsanspruchs der ambulanten Vorsorgemaßnahme gespeichert und verwendet. Ihr Mitwirken ist nach §§ 60 SGB I und 206 SGB V erforderlich. Ohne Ihr Mitwirken Angaben können wir die beantragte ambulante Vorsorgemaßnahme nicht bewilligen.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter <https://aok.de/rps/datenschutzrechte> oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@rps.aok.de.

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

Emil Mustermann, geb. 17.12.1991 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:** _____

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 der Ärztin/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

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

**Anregung einer Vorsorgeleistung
gem. § 23 Abs. 4 SGB V**

- bei Schwächung der Gesundheit / zur Krankheitsverhütung
- zur Vermeidung der Verschlimmerung behandlungsbedürftiger Krankheiten
- bei Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern

Emil Mustermann, geb. 17.12.1991 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 Untersu- chung:								
------------------------------------------------	----------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Weshalb ist eine ambulante wohnortnahe Behandlung als nicht ausreichend anzusehen?

Weshalb ist eine ambulante Vorsorgeleistung nicht ausreichend?

Ist der/die Versicherte reisefähig?

- ja nein, weil

Ist der/die Versicherte vorsorgefähig bzw. für eine solche Maßnahme motiviert?

- ja nein, weil

Welche Behandlungen sollen durchgeführt werden?

Bestehen negative Kontextfaktoren, insbes. psychosoziale Belastungen?

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

empfohlener Kurort: _____ Dauer: ___ Wochen

Durchführung der Vorsorgeleistung in kompakter Form (Kompaktkur) ja nein

Ggf. weitere Bemerkungen: _____

- Für die Angaben der Ärztin/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

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes