

## 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 Bad Zwischenahn 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](mailto: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](mailto:datenschutz@rps.aok.de).

<b>Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gem. § 23 Abs. 2 SGB V</b>	<input type="checkbox"/> bei Schwächung der Gesundheit / zur Krankheitsverhütung <input type="checkbox"/> zur Vermeidung der Verschlimmerung behandlungsbedürftiger Krankheiten <input type="checkbox"/> bei Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern												
Emil Mustermann, geb. 17.12.1991 ist bei mir in Behandlung seit:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												
<b>Risikofaktoren/Gefährdung, Regulations-/Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden</b> <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel/Fehlhaltung <input type="checkbox"/> Übergewicht/Fehlernährung <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Rauchen <input type="checkbox"/> Sonstige Risikofaktoren _____ <input type="checkbox"/> aktuelle Beschwerden (ggf. auch Regulations-/Befindlichkeitsstörungen): _____													
<b>Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 60%;">seit wann?</th> <th style="width: 20%;">Ursache</th> <th style="width: 20%;">Verlauf</th> </tr> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	seit wann?	Ursache	Verlauf	1.			2.			3.		
seit wann?	Ursache	Verlauf											
1.													
2.													
3.													
<b>Ursache:</b> 1 = Unfallfolgen; 2 = Berufskrankheit; 3 = Gesundheitsschäden nach dem BVG <b>Verlauf:</b> 1 = chronisch rezidivierend; 2 = chronisch progredient; 3 = konstitutionell/umweltbedingte Neigung zu rezidivierenden somatischen Erkrankungen													
<b>Schädigungen/Funktionsstörungen/Befund:</b>	<b>Datum der letzten Untersuchung:</b> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												
<b>Aktuelle Befunde (z. B. Röntgen, EKG, Labor) / Untersuchungsberichte (z. B. Facharzt, Krankenhausentlassungsbericht)</b> <input type="checkbox"/> können bei Bedarf durch den MDK angefordert werden <input type="checkbox"/> liegen nicht vor													
<b>Angestrebtes Vorsorgeziel (z. B. Schmerzlinderung, Verbesserung der Beweglichkeit, Abbau von Risikofaktoren, Verhaltensänderung):</b>													
<b>Welche Behandlungen, Maßnahmen/Hilfen wurden in den letzten 12 Monaten durchgeführt?</b> <input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Physik. Therapie <input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech- oder Sprachtherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Psychotherapie <input type="checkbox"/> Patientenschulung <input type="checkbox"/> Rehasport/Funktionstraining <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe <input type="checkbox"/> sonstige (z. B. Hilfsmittelversorgung): _____													
<i>Nur ausfüllen, sofern in den letzten 3 Jahren eine medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt wurde!</i> <b>Die Vorsorgeleistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 3 Jahren medizinisch dringend erforderlich (z. B. Verschlimmerung durch akuten Schub, andere Krankheit), weil</b>													
<b>Sind besondere Anforderungen an den Kurort zu stellen (z. B. Klima, Allergiefaktoren)?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____ empfohlener Kurort: _____ Dauer: ____ Wochen													
<b>Durchführung der Vorsorgeleistung in kompakter Form (Kompaktkur)</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Ggf. weitere Bemerkungen:</b> _____ _____ - Für die Angaben der Ärztin/des Arztes ist die Nr. 01623 EBM berechnungsfähig -	<div style="border: 2px solid black; width: 100%; height: 100%; margin: 0 auto;"></div>												
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Hinweis:</b> 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.         </div>													
Ort und Datum	Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes												

<b>Anregung einer Vorsorgeleistung gem. § 23 Abs. 4 SGB V</b>		<input type="checkbox"/> bei Schwächung der Gesundheit / zur Krankheitsverhütung <input type="checkbox"/> zur Vermeidung der Verschlimmerung behandlungsbedürftiger Krankheiten <input type="checkbox"/> bei Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern						
Emil Mustermann, geb.17.12.1991 ist bei mir in Behandlung seit:								
<b>Risikofaktoren/Gefährdung, Regulations-/Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden</b> <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel/Fehlhaltung <input type="checkbox"/> Übergewicht/Fehlernährung <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Rauchen <input type="checkbox"/> Sonstige Risikofaktoren _____ <input type="checkbox"/> aktuelle Beschwerden (ggf. auch Regulations-/Befindlichkeitsstörungen): _____								
<b>Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung</b>						<b>seit wann?</b>	<b>Ursache</b>	<b>Verlauf</b>
1.								
2.								
3.								
<b>Ursache:</b> 1 = Unfallfolgen; 2 = Berufskrankheit; 3 = Gesundheitsschäden nach dem BVG <b>Verlauf:</b> 1 = chronisch rezidivierend; 2 = chronisch progredient; 3 = konstitutionell/umweltbedingte Neigung zu rezidivierenden somatischen Erkrankungen								
<b>Schädigungen/Funktionsstörungen/Befund:</b>					<b>Datum der letzten Untersuchung:</b>			
<b>Aktuelle Befunde (z. B. Röntgen, EKG, Labor) / Untersuchungsberichte (z. B. Facharzt, Krankenhausentlassungsbericht)</b> <input type="checkbox"/> können bei Bedarf durch den MDK angefordert werden <input type="checkbox"/> liegen nicht vor								
<b>Angestrebtes Vorsorgeziel (z. B. Schmerzlinderung, Verbesserung der Beweglichkeit, Abbau von Risikofaktoren, Verhaltensänderung):</b> _____								
<b>Welche Behandlungen, Maßnahmen/Hilfen wurden in den letzten 12 Monaten durchgeführt?</b> <input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Physik. Therapie <input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech- oder Sprachtherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Psychotherapie <input type="checkbox"/> Patientenschulung <input type="checkbox"/> Rehasport/Funktionstraining <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe <input type="checkbox"/> sonstige (z. B. Hilfsmittelversorgung): _____								
<i>Nur ausfüllen, sofern in den letzten 3 Jahren eine medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt wurde!</i> <b>Die Vorsorgeleistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 3 Jahren medizinisch dringend erforderlich (z. B. Verschlimmerung durch akuten Schub, andere Krankheit), weil</b> _____ _____								
<b>Weshalb ist eine ambulante wohnortnahe Behandlung als nicht ausreichend anzusehen?</b> _____								
<b>Weshalb ist eine ambulante Vorsorgeleistung nicht ausreichend?</b> _____								
<b>Ist der/die Versicherte reisefähig?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____								
<b>Ist der/die Versicherte vorsorgefähig bzw. für eine solche Maßnahme motiviert?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____								
<b>Welche Behandlungen sollen durchgeführt werden?</b> _____								
<b>Bestehen negative Kontextfaktoren, insbes. psychosoziale Belastungen?</b> _____								
<b>Sind besondere Anforderungen an den Kurort zu stellen (z. B. Klima, Allergiefaktoren)?</b> _____								
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