

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.

Selbstauskunftsformular 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

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

Art	Wann (z. B. Mai 2007)	Anzahl

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		<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:				
Risikofaktoren/Gefährdung, Regulations-/Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden				
<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): _____				
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, Krankenausentlassungsbericht)				
<input type="checkbox"/> können bei Bedarf durch den MDK angefordert werden <input type="checkbox"/> 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?				
<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>				
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)?				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____ empfohlener Kurort: _____ Dauer: ____ Wochen				
Durchführung der Vorsorgeleistung in kompakter Form (KompaKKur)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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				

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 erbetteten Bericht zu erteilen.

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes