

**Anregung einer ambulanten
Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten lt. § 23
Abs. 2 SGB V**

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

Name des Patienten: _____, _____, geb. am _____

Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung

1. _____
2. _____
3. _____

Schädigungen/Funktionsstörungen/Befund:

Angestrebtes Vorsorgeziel (z. B. Schmerzlinderung, Verbesserung der Beweglichkeit, Verhaltensänderung)

Risikofaktoren

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nikotin | <input type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Alkoholmissbrauch | <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel | <input type="checkbox"/> Sonstige Risikofaktoren _____ |

Welche Behandlungen, Maßnahmen, Heil- bzw. Hilfsmittel wurden in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen?

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> Ergotherapie | <input type="checkbox"/> Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Patientenschulung |
| <input type="checkbox"/> Massagen | <input type="checkbox"/> Physikal. Therapie | <input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech- oder Sprachtherapie | <input type="checkbox"/> Rehasport/Funktionstraining |
- Sonstige (z.B. Hilfsmittelversorgung, Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen): _____

Nur auszufüllen, sofern in den letzten 3 Jahren bereits eine medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt wurde!

Die Vorsorgeleistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 3 Jahren medizinisch dringend erforderlich, weil _____

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

- nein ja, und zwar _____

empfohlener Kurort: _____ Dauer: _____ Wochen

Durchführung der Vorsorgeleistung in kompakter Form (Kompaktkur): ja nein

Ggf. weitere Anmerkungen: _____

- Für die Angaben des Arztes ist die Gebührenziffer 01611 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 Nr. 9 SGB V sind Sie verpflichtet, den erbetenen Bericht zu erteilen.

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes