An Ihre zuständige Krankenkasse:		Kranken-/Pflegeversicherten-Nr.					
		Name, Vorname der/des Versicherten					
Antrag auf Gewährung einer ambulanten Vorsorgeleistung in Bad Füssing							
Ich beantrage eine ambulante V	orsorgeleistung						
Möglicher Zeitraum vom:	bis						
Gewünschter Kurort: Bad Füssin	<u>g</u>						
☐ Vorsorgemaßnahme							
Beziehen Sie eine Rente/Hinterblie eines anerkannten Arbeitsunfalls? einer anerkannten Berufskrankheit einer anerkannten Kriegsbeschädi	☐ nein ☐ ja, von ? ☐ nein ☐ ja, von — —	Berufsgenossenschaft/Versorgungsamt Aktenzeichen					
Ist die Krankheit Folge eines Arbei oder durch Dritte verursacht worde		ngsleidens					
Wann wurde die letzte Maßnahme	durchgeführt?						
vom bis _	in						
Kostenträger:							
Telefonisch tagsüber erreichbar:	(Vorwahl/Rufnummer)						
Datum, Unterschrift des/der Versicherten							
Bitte lassen Sie die Rü	ckseite dieses Antrages	von Ihrem Arzt ausfüllen.					

Name, Vorname der/des Versiche	erten	Kassen-Nr.	Versicherte	en-Nr.			
Vorsorgeleis Kurorten gem	einer ambulanten stung in anerkannten äß § 23 Abs. 2 SGB V	Krankhe zur Verm behandlı	tsverhütung eidung der Ve ingsbedürftig	Gesundheit / zur erschlimmerung er Krankheiten esundheitlichen I	Entwicklung von		
Der / Die Versicherte ist bei mir in Behandlung seit:							
Risikofaktoren/Gefährdung, Regulations-/Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden erhöhter Blutdruck							
Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung		seit wan	n? Ursache	Verlauf			
1.							
2.							
3.					Į,		
Ursache: 1 = Unfallfolgen; 2 = Berufskrankheit; 3 = Gesundheitsschäden nach dem BVG Verlauf: 1 = chronisch rezidivierend; 2 = chronisch progredient; 3 = konstitutionell/umweltbedingte Neigung zu rezivierenden somatischen Erkrankungen							
Schädigungen / Funktionsstörungen / Befund: Datum der letzten Untersuchung: Datum der letzten Untersuchung:							
Aktuelle Befunde (z. B. Röntgen, EKG, Labor) / Untersuchungsberichte (z. B. Facharzt, Krankenhausentlassungsbericht) können bei Bedarf durch den MDK/SMD angefordert werden							
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 ☐ S	imm-, Sprech- oder S	prachtherapie	☐ Ergotherapie			
Psychotherapie	☐ Patientenschulung ☐ R	ehasport / Funktionstr	sport / Funktionstraining		Selbsthilfegruppe		
Sonstige (z. B. Hilfsmittelversorgung):							
Nur ausfüllen, sofern in den letzten drei Jahren eine medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt wurde! Die Vorsorgeleistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von drei 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: Bad	Füssing	Dauer:	Wocher	1			
Durchführung der Vorsorgeleistung in kompakter Form (Kompaktkur)							
- Für die Angaben 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.							