

Vorname Name: _____ Geburtsdatum: _____

 Versichertenr.: _____

Ärztlicher Befundbericht zur Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V

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

Die versicherte Person ist in meiner Behandlung seit: _____

Risikofaktoren/Gefährdung, Regulations-/Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden, Belastungen:

- Bewegungsmangel/Fehlhaltung
- Übergewicht/Fehlernährung (Größe: _____ cm, Gewicht: _____ kg)
- Stress erhöhter Blutdruck Nikotin Alkohol
- Sonstige Risikofaktoren: _____

Aktuelle Beschwerden (ggf. auch Regulations-/Befindlichkeitsstörungen), Schädigungen, Funktionsstörungen/Befund:

Relevante positiv/negativ wirkende Kontextfaktoren/sozialmedizinische Faktoren aus dem persönlichen/familiären (z.B. Beziehungskonflikte, Pflege eines Angehörigen) oder dem beruflichen Umfeld (z.B. Schichtdienst, Überforderung am Arbeitsplatz, drohender Arbeitsplatzverlust):

Für den Antrag relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung:

Diagnose	ICD	Seit wann?	Ursache	Schweregrad/Verlauf

Ursache: 1 = Unfallfolgen; 2 = Berufskrankheit; 3 = Gesundheitsschäden nach dem BVG

Aktuelle Befunde/ Untersuchungsberichte	<input type="checkbox"/> Können bei Bedarf durch den MD angefordert werden. <input type="checkbox"/> Liegen nicht vor.
Teilnahme an einem DMP?	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja.
Datum der letzten Untersuchung:	_____
Angestrebtes Vorsorgeziel (z.B. Schmerzlinderung, Verbesserung der Beweglichkeit, Abbau von Risikofaktoren, Verhaltensänderung):	



Vorname Name: _____ Geburtsdatum: _____

Die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten am Wohnort wurden ausgeschöpft?
 Ja" Nein, weil: _____

Welche Maßnahmen/Hilfen wurden im Bezug auf die antragsrelevanten Diagnosen in den letzten 12 Monaten empfohlen und durchgeführt?

Art	Häufigkeit/Zeitraum
<input type="checkbox"/> Fachärztliche Mitbehandlung bei:	
<input type="checkbox"/> Medikamentöse Therapie (Welche?)	
<input type="checkbox"/> Heilmittelverordnungen (Welche?)	
<input type="checkbox"/> Hilfsmittelversorgung (Welche?)	
<input type="checkbox"/> Rehabilitationssport/Funktionstraining	
<input type="checkbox"/> Maßnahmen mit präventiver Ausrichtung (z.B. Ernährungsberatung, Rückenschule)	
<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe (Welche?)	
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	
<input type="checkbox"/> Regelmäßiger Sport	
<input type="checkbox"/> Ernährungsumstellung	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Eine ambulante Vorsorgemaßnahme in einem anerkannten Kurort ist medizinisch sinnvoll.
 Ja. Nein, weil: _____

Bei Arbeitnehmern:
 Soll durch die Maßnahme die Erwerbsfähigkeit gesichert oder wiederhergestellt werden?
 Ja. Nein, weil: _____

Welche Maßnahmen sollen am Kurort durchgeführt werden (z.B. Krankengymnastik, Massagen, Bäder)?

Nur ausfüllen, sofern in den letzten 3 Jahren eine medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt wurde!
 Eine ambulante Vorsorgemaßnahme ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 3 Jahren medizinisch dringend erforderlich (z. B. Verschlimmerung durch akuten Schub, andere Krankheiten) weil:

Anforderungen an den Kurort (z.B. ortsgebundene/spezifische Heilmittel, Klima, Barrierefreiheit, Allergiefaktoren, besondere Therapieangebote):
 Nein. Ja, welche _____

Empfohlener Kurort: _____ Dauer: _____ Wochen

Durchführung in kompakter Form (Kompaktkur)? Ja. Nein.

Datum _____ Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes _____

Hinweis für Ärztin/Arzt: Für die Angaben ist die Nummer 01622 EBM berechnungsfähig.

