



Aktenzeichen:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                       |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|-------------------------|
| <b>Antrag auf ambulante Vorsorge am Kurort</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                       |                         |
| Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 60 ff. SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund des § 23 SGB V zu erheben. Fehlt die Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen.                                                                                                          |                           |                                       |                         |
| <b>A. Angaben zur Person des Antragstellers</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                       |                         |
| Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |                                       | Geburtsdatum            |
| Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                           |                                       | Geburtsort              |
| Staatsangehörigkeit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Telefon Vorwahl/Rufnummer | Telefax Vorwahl/Rufnummer             | Rentenversicherungs-Nr. |
| <b>Familienstand</b><br><input type="checkbox"/> ledig    Falls nicht ledig, seit _____ <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden<br><div style="text-align: center; font-size: x-small;">Tag, Monat, Jahr</div> <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft lebend |                           |                                       |                         |
| <b>B. Angaben zur beantragten Leistung</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                           |                                       |                         |
| 1. In welchem anerkannten Kurort soll die beantragte Maßnahme durchgeführt werden?                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |                                       |                         |
| _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |                                       |                         |
| 2. In welchem Zeitraum soll die beantragte Maßnahme durchgeführt werden?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |                                       |                         |
| _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |                                       |                         |
| 3. Erfolgte ein Kuraufenthalt in den letzten drei Jahren?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                       |                         |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____<br><div style="text-align: center; font-size: x-small;">Tag, Monat, Jahr                      Tag, Monat, Jahr</div>                                                                                                                                                                                        |                           |                                       |                         |
| 4. Handelt es sich bei der Erkrankung, für die die Kurmaßnahme beantragt wird, um                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                           |                                       |                         |
| - ein anerkanntes Kriegsleiden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |                                       |                         |
| - die Folgen eines Arbeitsunfalles <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                           |                                       |                         |
| - die Folgen eines sonstigen Unfalles <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; falls ja: Fremdverschulden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                                                                                     |                           |                                       |                         |
| 5. Liegen besondere berufliche oder familiäre Umstände vor, aufgrund derer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                           |                                       |                         |
| - eine Durchführung von ambulanten Leistungen am Wohnort/in Wohnortnähe nicht möglich ist?                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                           |                                       |                         |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |                                       |                         |
| - ambulante Leistungen am Wohnort/in Wohnortnähe nicht ausreichen?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |                                       |                         |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |                                       |                         |
| 6. Handelt es sich bei der Maßnahme um eine pauschale Gesundheitsreise mit einem standardmäßigen Leistungspaket? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                                                                                                 |                           |                                       |                         |
| <b>C. Unterschrift</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |                                       |                         |
| Ich verpflichte mich, Veränderungen in meinen persönlichen Verhältnissen der Krankenkasse sofort mitzuteilen. Ich bin mit der Übermittlung von Daten zur Prüfung von anrechenbaren Vorleistungen durch meine Vorgängerkrankenkasse einverstanden, sofern ich innerhalb der letzten drei Jahre nicht durchgängig bei der LKK versichert war.                                                |                           |                                       |                         |
| Datum _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           | Unterschrift des Antragstellers _____ |                         |
| Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage unter <a href="http://www.svlfg.de/datenschutz">www.svlfg.de/datenschutz</a> bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.   |                           |                                       |                         |



Aktenzeichen:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|
| <b>Anregung einer ambulanten<br/>Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten<br/>gem. § 23 Abs. 2 SGB V</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> bei Schwächung der Gesundheit / zur Krankheitsverhütung<br><input type="checkbox"/> Zur Vermeidung der Verschlimmerung<br>behandlungsbedürftiger Krankheiten<br><input type="checkbox"/> bei Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern |                |                |
| Der/Die Versicherte ist bei mir in Behandlung seit: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |                |
| <b>Risikofaktoren/Gefährdung, Regulations-/Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden</b><br><input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel/Fehlhaltung <input type="checkbox"/> Übergewicht/Fehlernährung <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Rauchen<br><input type="checkbox"/> Sonstige Risikofaktoren _____<br><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<br><b>Verlauf:</b> 1 = chronisch rezidivierend; 2 = chronisch progredient;<br>3 = konstitutionell/umweltbedingte Neigung zu rezidivierenden somatischen Erkrankungen                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |                |
| <b>Schädigungen/Funktionsstörungen/Befund:</b><br><div style="text-align: right;">Datum der letzten Untersuchung: _____<br/>Tag, Monat, Jahr</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |                |
| <b>Aktuelle Befunde (z. B. Röntgen, EKG, Labor) Untersuchungsberichte (z. B. Facharzt, Krankenhausentlassungsbericht)</b><br><input type="checkbox"/> können bei Bedarf durch den MD angefordert werden <input type="checkbox"/> liegen nicht vor                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |                |
| <b>Angestrebtes Vorsorgeziel</b> (z. B. Schmerzlinderung, Verbesserung der Beweglichkeit, Abbau von Risikofaktoren, Verhaltensstörung):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |                |
| <b>Welche Behandlungen, Maßnahmen/Hilfen wurden in den letzten 12 Monaten durchgeführt?</b><br><input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Physik, Therapie <input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech- oder Sprachtherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie<br><input type="checkbox"/> Psychotherapie <input type="checkbox"/> Patientenschulung <input type="checkbox"/> Rehasport/Funktionstraining <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe<br><input type="checkbox"/> Sonstige (z. B. Hilfsmittelversorgung): _____ |                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |                |
| Nur ausfüllen, sofern in den letzten 3 Jahren eine medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt wurde!<br><b>Die Vorsorgeleistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 3 Jahren medizinisch <u>dringend</u> erforderlich</b><br>(z. B. Verschlimmerung durch akuten Schub, andere Krankheit), weil<br>_____                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |                |

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

☐ nein    ☐ ja, welche?

empfohlener Kurort: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_ Wochen

Durchführung der Vorsorgeleistungen in kompakter Form (Kompaktkur)    ☐ ja    ☐ nein

Ggf. weitere Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

- 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.

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes