

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

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

Der/die Versicherte ist bei mir in Behandlung seit: **Risikofaktoren/Gefährdung, Regulations-/Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden**

erhöhter Blutdruck       Bewegungsmangel/Fehlhaltung       Übergewicht/  
Fehlernährung       Stress       Rauchen

 Sonstige Risikofaktoren \_\_\_\_\_ aktuelle Beschwerden (ggf. auch Regulations-/Befindlichkeitsstörungen): \_\_\_\_\_**Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung**

1.

2.

3.

seit wann ?

Ursache

Verlauf

**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: **Aktuelle Befunde (z.B. Röntgen, EKG, Labor) / Untersuchungsberichte (z.B. Facharzt, Krankenhausentlassungsbericht)**

können bei Bedarf durch den MDK angefordert werden       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?**

Krankengymnastik       Physik. Therapie       Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie       Ergotherapie  
 Psychotherapie       Patientenschulung       Rehasport/Funktionstraining       Selbsthilfegruppe

 Sonstige (z. B. Hilfsmittelversorgung): \_\_\_\_\_**Nur ausfüllen, sofern in den letzten 3 Jahren eine medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt wurde!****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)?**

nein       ja, welche \_\_\_\_\_

empfohlener Kurort: \_\_\_\_\_

Dauer: \_\_\_\_\_ Wochen

**Durchführung der Vorsorgeleistung in kompakter Form (Kompaktkur)**

ja       nein

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

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

**- 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.

Ort und Datum

Muster 25/E (1.2015)  
PRF.NR.