

Verordnung des Kurzarztes

Ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten
Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V

Gebühr
pfl.Gebühr
freiUnfall/
Unfall-
folgen

BVG

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

IK des Leistungserbringens

Gesamt-Zuzahlung

Gesamt-Brutto

Rechnungs-Nummer

Beleg-Nummer

Kostenträgererkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Pos.-Nr.
|
| | | | |Anzahl
|
| |Pos.-Nr.
|
| | | | |Anzahl
|
| |Pos.-Nr. Anzahl
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Diagnose/Vorsorgeziel

Ggf. Hinweise zur Therapie

Verordnungs-
menge HeilmittelAnzahl
pro Wo.

Maßnahmen der Gesundheitsförderung

- Patienten-Gesprächsseminar
- Verhaltenstherapeutisches Ernährungsseminar
- Seminar Raucherentwöhnung
- Seminar Entspannungstechniken
- Seminar Bewegungstraining
-

Verbindliches Muster

Kurarztstempel / Unterschrift des Kurarztes

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben.

Datum	Maßnahme(n)	Patienten-Unterschrift
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

Freigabe 05.11.2014

Behandlungsabbruch am:

--	--	--	--	--

 Datum

Dieses Formular bitte nach Beendigung der Behandlung
der jeweiligen Krankenkasse zusenden.

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringens