

**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 \_\_\_\_\_

akute Beschwerden (ggf. auch Regulations-/Befindlichkeitsstörungen): \_\_\_\_\_

**Atemnot; Husten; Auswurf**

**Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung**

	seit wann?	Ursache	Verlauf
1. <b>COPD</b>			
2.			
3.			

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

Verlauf: 1 = chronisch rezidivierend; 2 = chronisch progredient; 3 = konstitutionell umweltbedingte Neigung zu rezidivierenden somatischen Erkrankungen.

**Schädigungen/Funktionsstörungen/Befund:**

Datum der letzten Untersuchung:

**Funktionsstörung der kardiorespiratorischen Belastbarkeit**

**Dekonditionierung (ICF B455)**

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

- Kann bei Bedarf durch den MDK angefordert werden       liegen nicht vor

**Angestrebtes Vorsorgeziel (z.B. Schmerzlinderung, Verbesserung der Beweglichkeit, Abbau von Risikofaktoren, Verhaltensänderung)**

**Verbesserung der kardioresp. Leistungsfähigkeit!; Abbau von Risikofaktoren; Schulung**

Welche Behandlungen, Maßnahmen/Hilfen wurden in den letzten 12 Monaten durchgeführt? **Unbedingt viele Kreuze oder Sonstige!**

- Krankengymnastik       Physik. Therapie       Summ-, Sprech- oder Sprachtherapie       Ergotherapie  
 Psychotherapie       Patientenschulung       Rehasport/Funktionstraining       Selbsthilfegruppe

Sonstige (z.B. Hilfsmittelversorgung): **Angebote nicht erreichbar/verfügbar; besondere fam./berufl. Belastungssituation verhindert Teilnahme**

**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 Krankheiten, weil**

**Besondere Schwere der Erkrankung, Komorbidität; Rezidivierende Exacerbationen;**

**Verhinderung von Krankenhauseinweisungen;**

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

- nein     ja, welche **Luftqualität; Klima (Mittelgebirgsschonklima)**

empfohlener Kurort: **Heilklimatischer Kurort Neustadt Harz**    Dauer: **3** Wochen

Durchführung der Vorsorgeleistungen in kompakter Form (Kompaktkur)     ja     nein

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

- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01623 EBM berechnungsfähig - **5,26€**

Hinweis: Die voranstehend 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

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes