

	BKK				
METRO AG Kaufhof BKK					
Name, Vorname des Versicherten					
Geb. am					
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr		Status		
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum		

## Antrag auf stationäre Vorsorge- / Rehabilitationsmaßnahme

### Angaben des Versicherten:

Möglicher Zeitraum vom: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Gewünschter Kurort: \_\_\_\_\_

Art der Maßnahme:  Vorsorge  Rehabilitaion  für Kinder

Weshalb beantragen Sie die Maßnahme und was versprechen Sie sich von Ihr?: \_\_\_\_\_

Welche Aktivitäten haben Sie in den letzten 12 Monaten zur Gesunderhaltung durchgeführt (Bitte genaue Angaben über Art und Umfang)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wurden Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet?  Ja  Nein

wenn ja, vom: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Angabe des Rentenversicherungsträgers: \_\_\_\_\_

Beziehen Sie Beschädigtenrente oder Hinterbliebenenrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (Versorgungsamt)?  Ja  Nein

Ist die Krankheit Folge eines Arbeitsunfalles, eines Versorgungsleidens oder durch Dritte verursacht worden?  Ja  Nein

Wurde innerhalb der letzten vier Jahre eine Kur durchgeführt?  Ja  Nein

wenn ja, vom: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Kostenträger: \_\_\_\_\_

Tagsüber telefonisch erreichbar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Versicherten

METRO AG Kaufhof BKK  
Postfach 10 10 08

50606 Köln

Mitglied:

KV-Nummer:

**Angaben des Arztes** als Vorsorgemaßnahme als Kindervorsorgemaßnahme als Rehabilitationsmaßnahme Durchführung als Kompaktmaßnahme

Aufgrund des derzeitigen Gesundheitszustandes ist eine Maßnahme vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von vier Jahren dringend notwendig?  
Wenn ja, ausführliche Begründung.

 Ja Nein

Die Maßnahme ist notwendig wegen

 Arbeitsunfallfolgen sonstiger Unfallfolgen Berufskrankheit Versorgungsleiden n.d. BVG/OEG

Indikationen die den Antrag begründen:

Antragsdiagnose/n:

Bisherige Therapie/Behandlungsmaßnahmen in den letzten 12 Monaten. Wenn ja, bitte genaue Angaben über Art, Umfang sowie deren Erfolg. Wenn nein, wieso wurden keine Therapien/Behandlungsmaßnahmen durchgeführt?

 Ja Nein

Aktuelle Befunde (z.B. Rö., EKG, Labor)

 sind beigefügt liegen nicht vor

Untersuchungsberichte (z.B. Facharzt-, Krankenhausentlassungsberichte)

 sind beigefügt liegen nicht vor

Liegen Risikofaktoren vor?

 Rauchen Bewegungsmangel Streß Ernährung Sonstige:

Sind besondere Maßnahmen zur Selbsthilfe erforderlich (z.B. Diabetikerschulung)?

 Nein Ja:

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

 Nein Ja:

Kurort:

Dauer der Maßnahme in Wochen:

Ort, Datum

- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 77 BMÄ/E-GO berechnungsfähig

Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes