

		BKK		
BKK Beiersdorf AG				
Name, Vorname des Versicherten				
geb. am				
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status		
101 532 301				
Vertragsarzt	VK gültig bis	Datum		

Ich beantrage eine stationäre Kur

Möglicher Zeitraum vom _____ bis _____

Gewünschter Kurort _____

stationäre Vorsorgekur stationäre Rehabilitationskur Mütterkur Kinderkur

Wurden Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet? Ja Nein

wenn ja, vom _____ bis _____

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

Ist die Krankheit Folge eines Arbeitsunfalls, 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 _____

Telefonisch tagsüber erreichbar _____

Datum, Unterschrift des/der Versicherten

BKK Beiersdorf AG
Postfach 57 01 37

22770 Hamburg

Name, Vorname, Geburtsdatum des Versicherten

Kurvorschlag des Arztes		
<input type="checkbox"/> als stationäre Vorsorgekur (bei Gesundheitsgefährdung)	<input type="checkbox"/> als stationäre Mütterkur	
<input type="checkbox"/> als stationäre Rehabilitationskur (bei Krankheit oder Krankheitsfolgen)	<input type="checkbox"/> als stationäre Kinderkur	
Ist eine ambulante Kur ausreichend?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Aufgrund des derzeitigen Gesundheitszustandes ist eine Kur vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von vier Jahren dringend notwendig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Die Kur ist notwendig wegen	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfallfolgen	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfallfolgen
	<input type="checkbox"/> Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Versorgungsleiden nach BVG/OEG
Indikationen, die den Kurantrag begründen:		
Diagnosen/Befunde:		
Bisherige Therapie:		
Aktuelle Befunde (z.B. Rö., EKG, Labor)	<input type="checkbox"/> sind beigefügt	<input type="checkbox"/> können bei Bedarf angefordert werden
Untersuchungsberichte (z.B. Facharzt-, Krankenhausentlassungsberichte)	<input type="checkbox"/> sind beigefügt	<input type="checkbox"/> können bei Bedarf angefordert werden
Liegen Risikofaktoren vor?	<input type="checkbox"/> Rauchen	<input type="checkbox"/> Bewegungsmangel
	<input type="checkbox"/> Stress	<input type="checkbox"/> Ernährung
	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	
Sind besondere Maßnahmen zur Selbsthilfe erforderlich (z.B. Diabetikerschulung)? – an die Kureinrichtung (z.B. behindertengerechte Ausstattung, Aufnahme von Mutter und Kind) - an den Kurort (z.B. Klima, Allergiefreiheit)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____
Kurort	Kurdauer	Wochen
Ort, Datum		
- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 77 BMÖ/E-GO berechnungsfähig.-		
		Stempel/Unterschrift des Versicherungsarztes