



**BKK R+V, Kreuzberger Ring 21, 65205 Wiesbaden**

-----, -----, geb. -----  
Name Vorname Geburtsdatum

Kassen-Nr.:	Versicherungsnummer:	Status:
45/405		
Vertragsarzt-Nr.:	KV-Karte gültig bis:	Datum:

**Antrag des Versicherten auf stationäre Leistung**

Die Kur wird beantragt für: \_\_\_\_\_

Für den Zeitraum vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Gewünschter Kurort: \_\_\_\_\_

medizinische Vorsorgeleistung

Vorsorge für Mütter und Väter

medizinische Rehabilitationsleistung

Rehabilitation für Mütter und Väter

Kindervorsorgeleistungen

\_\_\_\_\_

Wurden Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet? ja (Zeitraum bitte mit angeben!) nein

Beziehen Sie Beschädigtenrente oder Hinterbliebenenrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (Verordnungsamt)? 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: \_\_\_\_\_

Telefonisch tagsüber erreichbar: \_\_\_\_\_

**Datenschutzerklärung:**

Ich bin damit einverstanden, dass die BKK R+V ärztliche Berichte (Krankenhausberichte, Reha-Entlassungsberichte, etc.) bei den entsprechenden Stellen anfordern kann.

Datum

Unterschrift des/der Versicherten

**Kurvorschlag des Arztes** (für: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_)

Name Vorname Geburtsdatum

medizinische Vorsorgeleistung Vorsorge für Mütter und Väter  
 medizinische Rehabilitationsleistung Rehabilitation für Mütter und Väter  
 Kindervorsorgeleistungen \_\_\_\_\_

Aufgrund des derzeitigen Gesundheitszustandes ist eine Kur vor Ablauf der gesetzl. Wartefrist von vier Jahren dringend notwendig ja  nein

Die Kur ist notwendig wegen Arbeitsunfallfolgen sonstiger Unfallfolgen  
Berufskrankheit Versorgungsleiden nach dem BVG/OEG

Indikationen, die den Kurantrag begründen:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Diagnosen:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Bisherige Therapie:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Aktuelle Befunde (z.B. Rö., EKG, Labor)	sind beigefügt	können bei Bedarf angefordert werden	liegen nicht vor
--	-------------------	---	---------------------

Untersuchungsberichte (z.B. Facharzt-, Krankenhaus- entlassungsberichte)	sind beigefügt	können bei Bedarf angefordert werden	liegen nicht vor
--	-------------------	---	---------------------

Liegen Risikofaktoren vor?	Rauchen	Streß	Bewegungsmangel	Ernährung
	Sonstige: _____			

Sind besondere Maßnahmen zur Selbsthilfe erforderlich? nein  ja

Sind besondere Anforderungen zu stellen?

- an die Kureinrichtung nein  ja   
 (z.B. behindertengerechte Ausstattung,  
 Aufnahme von Mutter und Kind) \_\_\_\_\_
- an den Kurort nein  ja   
 (z.B. Klima, Allergiefreiheit) \_\_\_\_\_

Kurort: \_\_\_\_\_ Kurdauer: \_\_\_\_\_ Wochen \_\_\_\_\_

- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 79 BMÄ/E-GO berechnungsfähig -

Ort, Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes