

|                                |                  |            |        |      |     |            |
|--------------------------------|------------------|------------|--------|------|-----|------------|
| AOK                            | LKK              | <b>BKK</b> | IKK    | VdAK | AEV | KnausSchaf |
| BKK Wieland-Werke AG           |                  |            |        |      |     |            |
| Name, Vorname des Versicherten |                  |            |        |      |     |            |
| geb. am                        |                  |            |        |      |     |            |
| Kassen-Nr.                     | Versicherten-Nr. |            | Status |      |     |            |
| Vertragsarzt-Nr.               | VK gültig bis    |            | Datum  |      |     |            |



# A N T R A G auf eine Vorsorge / Rehabilitation

## Antrag des Versicherten

**Ich beantrage eine**

stationäre Vorsorge

Durchführung als Mutter-Kind-Kur

stationäre Rehabilitation

Durchführung als Mutter-Kind-Kur

Ich habe Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet

ja

nein

Ich beziehe eine Beschädigtenrente oder Hinterbliebenenrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (Versorgungsamt)

ja

nein

Die Krankheit ist Folge eines Arbeitsunfalles, eines Versorgungsleidens oder durch Dritte verursacht worden

ja

nein

Innerhalb der letzten vier Jahre wurde eine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt

ja

nein

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

Kostenträger \_\_\_\_\_

☎ Ich bin telefonisch tagsüber erreichbar: \_\_\_\_\_  
(Vorwahl)

**Datum**

**Unterschrift des/der Versicherten**

## Vorschlag des Arztes

|                           |                                  |  |
|---------------------------|----------------------------------|--|
| Stationäre Vorsorge       | Durchführung als Mutter-Kind-Kur |  |
| Stationäre Rehabilitation | Durchführung als Mutter-Kind-Kur |  |

Aufgrund des derzeitigen Gesundheitszustandes ist eine medizinische Vorsorgeleistung vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von vier Jahren dringend notwendig ja  
nein

Begründung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Vorsorge- bzw. Rehabilitationsleistung ist notwendig wegen

|                     |                                    |  |
|---------------------|------------------------------------|--|
| Arbeitsunfallfolgen | sonstiger Unfallfolgen             |  |
| Berufskrankheit     | Versorgungsleiden nach dem BVG/OEG |  |

Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Therapie der letzten 12 Monate:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aktuelle Befunde (nicht älter als 24 Monate)  
(z.B. Rö., EKG, Labor) sind beigefügt. liegen nicht vor.

Untersuchungsberichte (nicht älter als 24 Monate)  
(z. B. Facharzt-, Kranken- hausentlassungsberichte) sind beigefügt. liegen nicht vor.

Liegen Risikofaktoren vor?    Rauchen    Bewegungsmangel    Stress    Ernährung

Sonstige: \_\_\_\_\_

Weshalb kann das Vorsorge-/Rehabilitationsziel nur stationär erreicht werden?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

|                                                                                                      |       |         |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|-----------|
| Im Vordergrund stehen Beschwerden<br><br>somatischer Art<br>psychosomatischer Art<br>psychischer Art | Größe | Gewicht | Blutdruck |
|                                                                                                      |       |         |           |

Auffälligkeiten im psychosozialen Bereich (z. B. familiäre Belastung, berufliche Probleme):

nein ja:

Welche spezifischen Therapiemaßnahmen werden vorgeschlagen?

Sind Maßnahmen gesundheitsfördernder Art, insbesondere zur Selbsthilfe, erforderlich, wie z. B. Aufklärung über bestehende Risikofaktoren, Teilnahme an speziellen Kursen (z. B. Raucherentwöhnung, Ernährungsberatung, Rückenschule, ...)

nein ja: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kann durch ambulante Maßnahmen am Wohnort die stationäre Rehabilitation vermieden werden?

ja, durch Teilnahme an folgendem Diseasemanagement-Programm: \_\_\_\_\_  
Aufsuchen einer Selbsthilfegruppe  
ambulante Rehabilitation  
funktionelles Muskelaufbautraining  
Rückenschule  
Kurse, z. B. Entspannung, Ernährung: \_\_\_\_\_

nein

Sind besondere Anforderungen zu stellen?

- an die Einrichtung (z.B. behindertengerechte Ausstattung, Aufnahme von Mutter und Kind) nein ja: \_\_\_\_\_

- an den Kurort (z.B. Klima, Allergenfreiheit) nein ja: \_\_\_\_\_

Empfohlener Kurort:

Begründung:

Datum, Ort

Stempel / Unterschrift des Arztes

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