Gut zu wissen: Die Verarbeitung der Daten erfolgt zur Leistungsgewährung nach § 23 SGB V. Die BARMER speichert diese für 6 Jahre und löscht sie anschließend. Sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, gibt es ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung oder Einschränkung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.

Absender

BARMER
42267 Wuppertal

Ihr Schreiben vom
Ihr Zeichen

Ambulante Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort

Ich beantrage eine ☐ Vorsorgeleistung ☐ Kindervorsorgeleistung

Kurort _____ voraussichtlicher Kurbeginn _____ Kurdauer _____

Ist die Krankheit Folge eines Arbeitsunfalles, eines Versorgungsleidens oder durch Dritte verursacht worden? ☐ nein ☐ ja,

Krankheit _____ Datum des Ereignisses _____

Liegt eine Schwerbehinderung vor? ☐ nein ☐ ja, Grad der Behinderung _____

Wurden innerhalb der letzten drei Jahre Vorsorge-/Rehabilitationsleistungen durchgeführt? ☐ nein ☐ ja,

vom	bis	in	Kostenträger

Telefon privat _____ Telefon dienstlich _____

Ich bin telefonisch erreichbar unter:

Bankverbindung

Kontoinhaber(in) _____

Geldinstitut _____ IBAN _____ BIC _____

Datenschutzhinweis:
Die in diesem Antrag genannten Daten sind zur Prüfung des Anspruchs auf eine ambulante Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort notwendig. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind § 284 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. § 23 Sozialgesetzbuch (SGB) V sowie § 284 Abs. 1 Nr. 17 SGB V, für eine mögliche Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung § 284 Abs. 1 Nr. 7 SGB V i.V.m. §§ 275 Abs. 2 Nr. 1, 276 und 277 SGB V. Ihre Mitwirkung ist zur Bearbeitung des Antrags auf medizinische Leistungen zur Vorsorge erforderlich, wozu Sie gemäß §§ 60 und 66 SGB I verpflichtet sind. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen.

Datum/Unterschrift

_____

Schicken Sie Unterlagen bitte lose und nicht geklammert oder geheftet zurück.

MUSTER

41101 V11
B1-4-P166829685-41101-BA05929

Name

Ihr Zeichen

Einwilligung zur Übermittlung ärztlicher Unterlagen und Auskünfte an die Krankenkasse:
Ich bin damit einverstanden, dass die Krankenkasse von den im Antrag aufgeführten behandelnden Ärztinnen/Ärzten, Krankenhäusern und genannten Leistungsträgern ärztliche Unterlagen und Auskünfte anfordern kann, soweit diese für die Beurteilung und Entscheidung über meinen Antrag auf Vorsorgemaßnahmen erforderlich sind. Insoweit entbinde ich die oben genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen kann.

Datum/Unterschrift

_____

Bitte senden Sie uns auch die Folgeseite – von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt ausgefüllt – zurück.

MUSTER

Patientin/Patient

Geburtsdatum Versichertennummer Kostenträgerkennung

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

Die Patientin/Der Patient ist bei mir in Behandlung seit: _____

Risikofaktoren/Gefährdung, Regulations-/Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden

☐ erhöhter Blutdruck ☐ Bewegungsmangel/Fehlhaltung ☐ Übergewicht/Fehlernährung ☐ Stress ☐ Rauchen

☐ sonstige Risikofaktoren _____

☐ aktuelle Beschwerden (ggf. auch Regulations-/Befindlichkeitsstörungen): _____

_____

Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung	seit wann?	Ursache	Verlauf

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	Letzte Untersuchung am

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

☐ können bei Bedarf durch den MDK angefordert werden ☐ liegen nicht vor

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

Welche Behandlungen, Maßnahmen/Hilfen wurden in den letzten 12 Monaten durchgeführt?

☐ Krankengymnastik ☐ Physik. Therapie ☐ Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie ☐ Ergotherapie
☐ Psychotherapie ☐ Patientenschulung ☐ Rehasport/Funktionstraining ☐ Selbsthilfegruppe
☐ Sonstige (z. B. Hilfsmittelversorgung) _____

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, weil
(z. B. Verschlimmerung durch akuten Schub, andere Krankheit)

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

☐ nein ☐ ja, welche _____

empfohlener Kurort: _____ Dauer: _____ Wochen

Durchführung der Vorsorgeleistung in kompakter Form (Kompaktkur) ☐ ja ☐ nein

Ggf. weitere Bemerkungen _____

Vertragsarztstempel/Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Hinweis: Die vorstehend erfragten Angaben werden benötigt, um über den Antrag der/des Versicherten auf Durchführung einer Vorsorgeleistung entscheiden zu können. Nach §§ 100 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch und 73 Abs. 2 Ziffer 9 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch sind Sie verpflichtet, den erbetenen Bericht zu erteilen.

Ort, Datum

MUSTER