

Fit & Vital – Antrag des Versicherten

Hiermit beantrage ich die von meinem Arzt vorgeschlagene ambulante Vorsorgemaßnahme (§ 23 Abs. 2, SGB V) **Fit & Vital** (siehe beiliegendes Attest) als

BKK-Versicherte/r Selbstzahler (Anmeldung bitte direkt an den Gesundheitsservice schicken.)

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Krankenkasse _____ Vers.-Nr. _____

Telefon privat _____ Telefon dienstlich _____

E-Mail _____

Gewünschter Kurort (z. B. Oberstdorf) _____

Gewünschter Zeitraum _____

Unterkunft: _____ Kategorie _____ Einzelzimmer Doppelzimmer

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

Falls ja, wann? vom _____ bis _____, in _____, Kostenträger _____

Ich bin damit einverstanden, dass die zur Abwicklung notwendigen Unterlagen mit meinen Daten an die Gesundheitsservice Management GSM GmbH der Betriebskrankenkassen bzw. an die Kureinrichtung weitergeleitet werden. Hiermit erkenne ich die allgemeinen Bedingungen (letzte Innenseite des aktuellen Fit & Vital-Kataloges) an. Bitte beachten Sie, dass zwischen dem Teilnehmer und der Klinik / Kureinrichtung ein Vertrag entsteht.

X

Datum, Unterschrift des Versicherten

Kostenzusage der Krankenkasse

Wir übernehmen im Rahmen der gesetzlichen bzw. Satzungsbestimmungen für den/die o.g. Versicherten die Kosten der beantragten ambulanten Vorsorgemaßnahme **Fit & Vital** für die Dauer von 14 Tagen.

- Für die verordneten Kurmittel (Heilmittel) ist eine gesetzliche Zuzahlung von 10 % zzgl. 10,- € Ordnungsgebühr zu leisten. Die Zuzahlung soll von der Kureinrichtung einbehalten werden.
- Die gesetzliche Zuzahlung entfällt (Härtefall).

Zu den übrigen Kosten der Kur (Unterkunft, Fahrtkosten, etc.) gewähren wir einen Zuschuss von _____ € täglich für die Dauer von _____ Tagen (wird direkt mit der Kureinrichtung abgerechnet).

Die Kostenzusicherung ist nur gültig, wenn zum Zeitpunkt der Durchführung eine Mitgliedschaft bei unserer BKK besteht.

Datum, Stempel, Unterschrift des Kostenträgers

Bitte senden Sie die **bewilligten** Unterlagen an:

Gesundheitsservice der Betriebskrankenkassen, Dönhoffstr. 27, 51373 Leverkusen, Tel: 0214 35769-0, Fax: 35769-171

Fit & Vital – Vorschlag des Arztes

Ambulante Vorsorgemaßnahme gemäß §23, Abs. 2 SGB V

- zur Krankheitsvermeidung und bei Einschränkungen der Gesundheit
 zur Erhaltung des Zustandes bei behandlungsbedürftigen Krankheiten

Name des Patienten

Geburtsdatum

Krankenkassen-Versicherungs-Nummer

Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung	Seit wann?	Ursache	Verlauf
1.			
2.			
3.			

Ursache: 1 = Unfallfolgen, 2 = Berufskrankheit, 3 = Gesundheitsschäden nach dem BVG;

Verlauf: 1=chronisch rezivierend, 2=chronisch progredient, 3=konstitutionell/umweltbedingte Neigung zu rezivierenden somatischen Erkrankungen

Schädigungen / Funktionsstörungen / Befund

Datum der letzten Untersuchung

Bisherige Therapie (in den letzten 12 Monaten)

- Krankengymnastik Physikalische Therapie Stimm-, Sprech- oder Sprachtherapie
 Ergotherapie Psychotherapie Rehasport / Funktionstraining
 Patientenschulung Selbsthilfegruppe
 sonstiges (z. B. Hilfsmittelversorgung) _____

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

- sind beigefügt können bei Bedarf angefordert werden liegen nicht vor

Untersuchungsberichte (z. B. Facharzt-, Krankenhausentlassungsberichte)

- sind beigefügt können bei Bedarf angefordert werden liegen nicht vor

Liegen Risikofaktoren vor?

- Rauchen Stress Bewegungsmangel, Fehlhaltung erhöhter Blutdruck
 Übergewicht, Fehlernährung Sonstige: _____

Aufgrund des derzeitigen Gesundheitszustandes ist eine Vorsorgemaßnahme vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von drei Jahren dringend notwendig Ja Nein

Besondere Bemerkungen (z. B. psychosoziale Situation)

Empfohlene Kureinrichtung / Schwerpunkt

Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig.

Fit & Vital – Selbstauskunft zum Antrag auf ambulante Versorgungsleistungen

Name des Patienten Geburtsdatum

Krankenkassen-Versicherungs-Nummer

Straße PLZ, Ort

Familienstand verheiratet verwitwet geschieden
 Lebensgemeinschaft ledig

Wurden Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet?

Ja Nein

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

Schildern Sie Ihre Beschwerden, Erkrankungen:

Welche Probleme ergeben sich aus den genannten Beschwerden für Sie im Alltag?

Nennen Sie Ihre behandelnden Ärzte der letzten 12 Monate. Geben Sie bitte auch die Fachrichtung der Ärzte und den Praxisort an.

Welche Behandlungen, Maßnahmen wurden aufgrund Ihrer Beschwerden in den letzten zwölf Monaten durchgeführt?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hausärztliche Behandlung | <input type="checkbox"/> Fachärztliche Behandlung (z. B. Orthopäde usw.) |
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik, Anzahl: ____ | <input type="checkbox"/> Massagen, Wärmebehandlung, Anzahl: ____ |
| <input type="checkbox"/> Elektrotherapie | <input type="checkbox"/> Ergotherapie (Beschäftigungstherapie) |
| <input type="checkbox"/> Logopädie (Sprachtherapie) | <input type="checkbox"/> Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport / Funktionstraining | <input type="checkbox"/> Patientenschulung |
| <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppen | |

Fit & Vital

– Selbstauskunft zum Antrag auf ambulante Versorgungsleistungen

Haben Sie darüber hinaus in den letzten 12 Monaten noch etwas zur Linderung Ihrer Beschwerden unternommen?

- Entspannungstraining Ernährungsberatung Rückenschule Akupunktur
 Heilpraktikerbehandlung Sport, Gymnastik Sonstiges: _____

Nehmen Sie regelmäßig (ärztlich verordnete) Medikamente ein?

- Ja Nein

Wenn ja, welche und wie oft? _____

Belasten Sie eine oder mehrere der folgenden Umstände?

- Ehe-/Partnerschaftskonflikte Arbeitslosigkeit
 Pflegebedürftigkeit oder schwere Erkrankungen eines Familienmitgliedes
 starke Anspannung im Beruf einseitige berufliche Belastung
 finanzielle Sorgen Schichtdienst
 Sonstige: _____

Was erwarten Sie sich von der Kur, bzw. welche Kur-Ziele haben Sie?

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

Sonstige Hinweise

..... Für den Postversand mit Fensterumschlag bitte hier falten

An meine BKK:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben.

X

Datum, Unterschrift des/der Versicherten