

# Aktivkuren in Europa – Antrag des Versicherten

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

**BKK-Versicherte/r mit Zuschuss-Antrag**  
(Antrag zur Kostenzusage bitte an Ihre Krankenkasse schicken.)

**Selbstzahler**

**Selbstzahler mit kleinem Kurpaket**  
(Anmeldung bitte jeweils direkt an den Gesundheitsservice schicken.)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Krankenkasse

Vers.-Nr.

Begleitperson: Name, Vorname, Geburtsdatum

Telefon privat

Telefon dienstlich

E-Mail

Gewünschtes Land (z. B. Tschechien)

Ort (z. B. Marienbad)

Kureinrichtung (z. B. Pacific Health Spa Hotel)

Gewünschter Zeitraum

**Unterkunft:**  Einzelzimmer  Doppelzimmer  Appartement DZ  Suite  
 Komfort  Superior  Executive DZ  Deluxe DZ

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

Falls ja, wann? vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_, in \_\_\_\_\_, Kostenträger \_\_\_\_\_

(bitte ankreuzen) Ja, ich erkenne die allgemeinen Bedingungen (letzte Innenseite des aktuellen Aktivkuren in Europa-Kataloges „Das sollten Sie wissen“) an.

Ich bin damit einverstanden, dass die zur Abwicklung und Weiterverarbeitung notwendigen Unterlagen mit meinen persönlichen Daten an die Gesundheitsservice Management GSM GmbH, die Leistungsanbieter und die im Antrag aufgeführte Krankenkasse zum Zweck der (gemeinsamen) Buchungsdurchführung weitergeleitet werden. Bitte beachten Sie, dass ein Vertrag zwischen dem Teilnehmer und der Kureinrichtung (Kurhaus, Kurhotel) zustande kommt.

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 **Aktivkuren** für die Dauer von

21 Tagen oder  14 Tagen.

Für die verordneten Kurmittel (Heilmittel) ist eine gesetzliche Zuzahlung von 10 % zzgl. 10,- € Verordnungsgebühr 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  21 Tagen oder  14 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: 35769-170

# Aktivkuren in Europa – Vorschlag des Arztes

## Ambulante Vorsorgemaßnahme gemäß § 23 Abs. 2 SGB V im Ausland

- 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.

# Aktivkuren in Europa – Ergänzende Angaben 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?

 Hausärztliche Behandlung Fachärztliche Behandlung (z. B. Orthopäde usw.) Krankengymnastik, Anzahl: \_\_\_\_ Massagen, Wärmebehandlung, Anzahl: \_\_\_\_ Elektrotherapie Ergotherapie (Beschäftigungstherapie) Logopädie (Sprachtherapie) Psychotherapie Rehabilitationssport / Funktionstraining Patientenschulung Selbsthilfegruppen

# Aktivkuren in Europa – Ergänzende Angaben 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 .....

Ich bin damit einverstanden, dass die zur Abwicklung und Weiterverarbeitung notwendigen Unterlagen mit meinen persönlichen Daten an die Gesundheitsservice Management GSM GmbH, die Leistungsanbieter und die im Antrag aufgeführte Krankenkasse zum Zweck der (gemeinsamen) Buchungsdurchführung weitergeleitet werden.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der/des Versicherten

An meine BKK:

**Datenverarbeitung / Zweckbindung / Widerrufsrecht / Auskunftsrecht**  
 Der Gesundheitsservice gewährleistet eine angemessene Sicherheit bei der Verarbeitung Ihrer Daten und verpflichtet sich, Ihre Daten nur dem Zweck angemessen und sachlich relevant sowie auf das für den Zweck der Datenverarbeitung notwendige Maß beschränkt zu verarbeiten. Die Einwilligung zur Weiterleitung Ihrer Unterlagen – auch einzelner Daten – können Sie jederzeit widerrufen. Dazu genügt es, Ihren Widerruf an [info@gsm-gesund.de](mailto:info@gsm-gesund.de) zu senden. Ihre persönlichen Daten werden nach vollständiger Bearbeitung gelöscht. Sie haben das gesetzliche Recht auf Auskunft zu Ihren Daten. Wenden Sie sich dazu bitte an GSM GmbH, Dönhoffstraße 27, 51373 Leverkusen.

**X**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des/der Versicherten