



Fit & Vital – Antrag des Versicherten

Hiermit beantrage ich die von meinem Arzt vorgeschlagene ambulante Vorsorgemaßnahme **Fit & Vital** (siehe beiliegendes Attest) als BKK-Versicherte/r Selbstzahler

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Krankenkasse _____

Telefon privat _____ Telefon dienstlich _____

Gewünschter Kurort (z. B. Bad Füssing) _____ Ort _____

Termin (z. B. Fü 01 28.01. – 10.02.2007) _____

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 an den Gesundheitsservice der Betriebskrankenkassen bzw. an die Klinik weitergeleitet werden und erkenne die Allgemeinen Bedingungen (letzte Innenseite Fit & Vital Katalog 2007) an.

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 Kurklinik 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 Klinik abgerechnet).

Datum, Stempel, Unterschrift des Kostenträgers

Bitte senden Sie die bewilligten Unterlagen an:
Gesundheitsservice der Betriebskrankenkassen, Dönhoffstr. 39, 51373 Leverkusen, Tel: 02 14 / 46 063, Fax: 40 35 26



Fit & Vital – Vorschlag des Arztes

Ambulante Vorsorgemaßnahme gemäß §23, Abs. 2 SGB V

- bei Schwächung der Gesundheit / zur Krankheitsverhütung
 zur Vermeidung der Verschlimmerung behandlungsbedürftiger 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 Klinik / Schwerpunkt

Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 79 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

Seite 2/2

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

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Entspannungstraining | <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung | <input type="checkbox"/> Rückenschule |
| <input type="checkbox"/> Heilpraktikerbehandlung | <input type="checkbox"/> Sport, Gymnastik | <input type="checkbox"/> Akupunktur |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | |

Nehmen Sie regelmäßig ärztlich verordnete Medikamente ein?

- Nein Ja,

Wenn ja, welche und wie oft? _____

Belasten Sie eine oder mehrere der folgenden Umstände?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ehe-/Partnerschaftskonflikte | <input type="checkbox"/> Arbeitslosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Pflegebedürftigkeit oder schwere Erkrankungen eines Familienmitgliedes | |
| <input type="checkbox"/> starke Anspannung im Beruf | <input type="checkbox"/> einseitige berufliche Belastung |
| <input type="checkbox"/> finanzielle Sorgen | <input type="checkbox"/> Schichtdienst |
| <input type="checkbox"/> 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

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben.

Datum, Unterschrift des/der Versicherten