

Aktivkuren-Antrag

Hiermit beantrage ich die von meinem Arzt vorgeschlagene ambulante Vorsorgemaßnahme **Aktivkuren in Europa**

(siehe beiliegendes Attest) als

BKK-Versicherte/r Therapieperson Begleitperson Selbstzahler/in

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Krankenkasse
(mit Versichertennummer) _____

Begleitperson (Name/Vorname/Geburtsdatum): _____

Telefon privat _____ Telefon dienstlich _____

Gewünschtes Land (z.B. Ungarn) _____ Gewünschter Ort (z.B. Bad Bük) _____

Kureinrichtung (z.B. Hotel) _____ Gewünschter Termin _____

Unterkunft Einzelzimmer Doppelzimmer Apartment DZ

Komfort Superior Executive DZ Deluxe DZ

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

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

Waren Sie innerhalb der letzten vier Jahre bei einer anderen Krankenkasse versichert?

Ja Nein Falls ja, Name der Kasse _____ in _____

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 im Katalog „Aktivkuren“) an.

Datum, Unterschrift des / der Versicherten

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 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

Nur von der Krankenkasse auszufüllen!

Kostenzusage der Krankenkasse

- Wir übernehmen im Rahmen der gesetzlichen bzw. Satzungsbestimmungen für o. g. Versicherte die Kosten der beantragten ambulanten Vorsorgemaßnahme **Aktivkuren** für die Dauer von _____ Tagen.
- Für die verordneten Kurmittel (Heilmittel) ist eine gesetzliche Zuzahlung von 10 % zzgl. 10,- EUR Verwaltungsgebühr 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 pauschalen Zuschuss von 100,00 Euro, **sofern die Maßnahme mindestens 14 Kalendertage dauert** (wird direkt mit der Klinik abgerechnet).

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

Bitte senden Sie die bewilligten Unterlagen an: Gesundheitsservice der Betriebskrankenkassen Dönhoffstr. 39, 51373 Leverkusen Tel: 0214/35769-111, Fax: 0214/35769-170

Datum, Stempel, Unterschrift des Kostenträgers

Aktivkuren in Europa – Vorschlag des Arztes

Ambulante Vorsorgemaßnahme

Name, Vorname	Geburtsdatum
Krankenkasse (mit Versichertennummer)	

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)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> Physikalische Therapie | <input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech- oder Sprachtherapie |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie | <input type="checkbox"/> Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Rehasport / Funktionstraining |
| <input type="checkbox"/> Patientenschulung | <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe | |
| <input type="checkbox"/> 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?

- | | | | |
|---|-----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rauchen | <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel, Fehlhaltung | <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht, Fehlernährung | <input type="checkbox"/> 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. 01623 EBM berechnungsfähig.

Aktivkuren in Europa – Selbstauskunft zum Antrag auf ambulante Vorsorgemaßnahmen

Name, Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse
(mit Versichertennummer)

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 Arbeitsunfalls, 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

– Selbstauskunft zum Antrag auf ambulante Vorsorgemaßnahmen

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

- Entspannungstraining Ernährungsberatung Rückenschule
 Heilpraktikerbehandlung Sport, Gymnastik Akupunktur
 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

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben.

Datum, Unterschrift Versicherte/r

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 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