

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 mit Zuschuss-Antrag
(Antrag zur Kostenzusage bitte an Ihre Krankenkasse schicken.)

Selbstzahler
(Anmeldung bitte direkt an den Gesundheitservice schicken.)

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Krankenkasse: _____ Versicherten-Nummer: _____

Begleitperson: Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

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 _____

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. 10,00 € 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:

Gesundheitservice Management GSM GmbH, Dönhoffstr. 27, 51373 Leverkusen, Tel: 0214 35769-0, Fax: 35769-171

Fit & Vital – Ergänzende Angaben zum Antrag auf ambulante Versorgungsleistungen

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Versicherten-Nummer: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

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

Üben Sie eine Pflegetätigkeit als Pflegeperson aus?

Ja Nein

Können Anwendungen und Behandlungen am Wohnort aufgrund beruflicher oder familiärer Gründe nicht oder nur eingeschränkt durchgeführt werden?

Ja Nein

Wenn ja, warum? Wenn nein, welche Anwendungen und Behandlungen wurden in den letzten 12 Monaten durchgeführt?

Bitte ankreuzen!

Ja, ich erkenne die allgemeinen Bedingungen (letzte Innenseite des aktuellen Fit & Vital-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 zwischen dem Teilnehmer und der Klinik/Kureinrichtung ein Vertrag entsteht.

Informationen zur Datenverarbeitung: 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 Daten – 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.

Ja, ich habe die Informationen zur Datenverarbeitung zur Kenntnis genommen.

X

Datum, Unterschrift des/der Versicherten

An meine BKK:

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, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherten-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. 01623 EBM berechnungsfähig.