



1204

AOK Nordost - Die Gesundheitskasse

██████████
██████████
14456 Potsdam

Ihre Nachricht vom

██████████

Ihr Zeichen

██████████

Antrag auf eine ambulante Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort

- Die ambulante Vorsorgeleistung soll in der Zeit vom bis
in (Kurort/Land) durchgeführt werden.

- Ich beantrage ambulante Vorsorgeleistungen wegen folgender Beschwerden:
.....
.....

- Die Erkrankung ist:
- Folge eines möglichen Arbeitsunfalls
 - Folge eines sonstigen Unfalls (z. B. Verkehrsunfall, häuslicher Unfall)
 - eine anerkannte Kriegs- oder Wehrdienstbeschädigung
 - eine anerkannte Entschädigung nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG)
 - eine anerkannte Berufskrankheit
 - ein anerkannter Haftschaden
 - die genannten Aufzählungen treffen nicht zu

- Ich habe bereits eine Maßnahme bei einem anderen Sozialleistungsträger (z. B. Rentenversicherungsträger) beantragt:
 - Nein Ja, am bei der
 - Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg
 - Deutschen Rentenversicherung Bund
 -

- Ich habe in den letzten drei Jahren eine Vorsorgemaßnahme durchgeführt
 - Nein
 - Ja, vombis Kurort:
 - bezahlt von der
 - Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg
 - Deutschen Rentenversicherung Bund
 - privat finanziert (Unterlagen sofern vorhanden sind beigelegt)
 -

→ bitte wenden

- Liegt eine Schwerbehinderung vor?
 - Nein
 - Ja, Grad der Behinderung%

Angaben zur körperlichen Leistungsfähigkeit

(Bitte in jeder Zeile das Zutreffende ankreuzen)

ja nein

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Können Sie gehen, ohne dass Sie einen Stock oder Gehstützen benutzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Können Sie 1000 m gehen und eine Treppe über mehrere Etagen hinaufgehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Können Sie sich bücken, aufstehen und hinsetzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Treiben Sie regelmäßig (mindestens 1 x pro Woche) Sport? Wenn ja, welchen?
..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Können Sie sich allein an- und ausziehen und pflegen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Benötigen Sie Hilfsmittel (z. B. einen Rollstuhl)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



1204

Datenschutzhinweis: Die in diesem Antrag genannten Daten sind zur Prüfung des Anspruchs auf Vorsorgemaßnahmen notwendig. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind § 284 Abs. 1 Nr. 4 i. V. m. § 23 SGB V, für die mögliche Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung § 284 Abs. 1 Nr. 7 SGB V i. V. m. §§ 275 Abs. 2 Nr. 1, 276 und 277 SGB V. Ihre Mitwirkung ist zur Bearbeitung des Antrags auf medizinische Leistungen zur Vorsorge erforderlich, wozu Sie gemäß §§ 60, 66 SGB I verpflichtet sind. Anderenfalls kann Ihnen die Vorsorgeleistung versagt werden. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nordost/datenschutzrechte.

Einverständniserklärung: Ich bin damit einverstanden, dass von der AOK Nordost im Auftrag des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ärztliche Daten über meine Person, von den mich behandelnden Ärzten und Krankenhäusern, zur direkten Übersendung an den MDK abgefordert werden können. Diese Daten sind für die Beurteilung und Entscheidung über meinen Antrag auf Vorsorgemaßnahme erforderlich. Insoweit entbinde ich die oben genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Zur Entscheidung erforderlicher Behandlungs- und Therapiemaßnahmen bin ich damit einverstanden, dass die AOK Nordost ärztliche Daten und Unterlagen über meine Person an ausgewählte Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen übermitteln kann.

Ich bin erreichbar
(Angaben, die mit „**“
gekennzeichnet sind,
sind freiwillig)

☎ Telefon tagsüber*

@ E-Mail*

Ihr Vorteil: auf e-Mails können wir
jederzeit orts- und zeitunabhängig
antworten.

Datum

Unterschrift



Hinweise zum Antrag für eine ambulante Vorsorgemaßnahme

Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit für diese Hinweise.

Sie möchten eine ambulante Vorsorgemaßnahme durchführen. Gern möchten wir Ihnen dazu einige Hinweise geben.

Wann können ambulante Vorsorgeleistungen in Betracht kommen?

Wenn diese medizinisch erforderlich sind und die ambulanten Behandlungen und Versorgungen mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln am Wohnort nicht ausreichend, nicht geeignet oder ohne Erfolg durchgeführt worden sind. Auch bei besonderen beruflichen oder familiären Umständen, die eine Behandlung am Wohnort ausschließen, kann eine ambulante Vorsorgeleistung unter Beachtung der Zuständigkeit durchgeführt werden.

Kann die ambulante Vorsorge in jedem beliebigen Ort Deutschlands durchgeführt werden?

Nein. Um Ihnen qualitätsgesicherte Maßnahmen zu gewähren, sind ambulante Vorsorgeleistungen in Deutschland nur in staatlich anerkannten Kurorten möglich. Dazu geben die Ministerien der jeweiligen Bundesländer ein Kurortverzeichnis heraus. Informationen hierzu finden Sie im Deutschen Bäderkalender im Internet unter www.baederkalender.de. Bitte beachten Sie, dass nicht alle im Bäderkalender genannten Orte auch anerkannte Kurorte sind. Sprechen Sie uns an, wir beraten Sie gern.

Sind ambulante Vorsorgeleistungen auch im Ausland möglich?

Ja, in einigen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union sowie Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) sind ambulante Vorsorgeleistungen möglich. Sprechen Sie uns an, wir beraten Sie gern.

In welchem zeitlichen Abstand kann eine ambulante Vorsorgeleistung durchgeführt werden?

Ambulante Vorsorgeleistungen können im Abstand von drei Jahren durchgeführt werden, sofern diese medizinisch notwendig sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

Wie lange dauert eine ambulante Vorsorgeleistung?

Die Dauer beträgt grundsätzlich drei Wochen. Möchten Sie eine ambulante Vorsorgeleistung von kürzerer Dauer durchführen, sprechen Sie uns bitte an. Wir beraten Sie gern.

Welche Kosten übernimmt die AOK Nordost bei einer ambulanten Vorsorgeleistung?

Führen Sie eine genehmigte ambulante Vorsorgeleistung durch, zahlt die AOK Nordost - Die Gesundheitskasse (entsprechend der geltenden Satzung) einen Zuschuss. Dieser beträgt für Erwachsene pauschal 100 Euro bei mindestens 14 bis 20 Tagen bzw. 150 Euro ab 21 Tagen.

Chronisch kranke Kinder erhalten 25 Euro je Kalendertag. Für Kinder bis zum 17. Lebensjahr beträgt der Zuschuss für eine ambulante Vorsorgeleistung 13 Euro täglich.

Führen Sie die ambulante Vorsorgeleistung in Deutschland durch, übernimmt die AOK Nordost - Die Gesundheitskasse die Kosten für badeärztlich verordnete Heilmittel und die kurärztliche Beratung durch den Badearzt, bei einer ambulanten Vorsorgeleistung im Ausland beteiligt sich die AOK Nordost - Die Gesundheitskasse an den Kosten.

→ bitte wenden

Müssen Zuzahlungen für die am Kurort erbrachten Heilmittel geleistet werden?

Sind Sie älter als 18 Jahre und für das laufende Kalenderjahr von Zuzahlungen befreit, sind keine Zuzahlungen zu leisten. Besteht keine Zuzahlungsbefreiung, sind die gesetzlich geregelten Zuzahlungen zu leisten. Das sind bei Arznei- und Verbandmittel 10 % des Abgabepreises, mindestens 5,00 EUR und höchstens 10,00 EUR je abgegebenes Mittel. Für die Heilmittel (z. B. Bäder und Massagen) beträgt die Zuzahlung 10 % des Abgabepreises und zusätzlich 10,00 EUR je Verordnung.

Wo müssen die Zuzahlungen bezahlt werden?

Bei einer ambulanten Vorsorgeleistung im Inland zahlen Sie die Zuzahlung direkt am Kurort beim Heilmittelleistungserbringer nach Abschluss der Behandlung. Bei einer ambulanten Vorsorgeleistung im Ausland wird der gesetzlich geregelte Zuzahlungsbetrag bei der Kostenerstattung von uns abgezogen.

Wie erfolgt die Kostenerstattung für den Zuschuss und zusätzlich bei ambulanter Vorsorgeleistung im Ausland für Heilmittel und kurärztliche Beratung?

Der Zuschuss wird nach Abschluss der ambulanten Vorsorgeleistung unter Vorlage der Rechnung gezahlt.

Bei einer ambulanten Vorsorgeleistung im Ausland erhalten Sie für die in Anspruch genommenen kurärztlichen Beratungsleistungen und Heilmittel eine Rechnung, die Sie vor Ort bezahlen. Um eine Erstattung an Sie vornehmen zu können, reichen Sie bitte nach Abschluss der Vorsorgemaßnahme Ihre quittierten Originalbelege (Arztrechnungen, Rezepte, Rechnungen der Behandlungen, Rechnung des Kurhotels) in deutscher Sprache bei uns ein. Sprechen Sie hierüber mit dem Sie am Kurort behandelnden Arzt bzw. mit dem Personal des Kurhotels. Die Kosten für Heilmittel und kurärztlicher Beratung werden Ihnen maximal in Höhe deutscher Vertragssätze und unter Abzug eines Verwaltungsabschlages erstattet. Bitte beachten Sie, dass wir für eventuell notwendige Übersetzungen keine Kosten ersetzen.

Wie verhalte ich mich, wenn ich während der ambulanten Vorsorgeleistung akut krank werde?

Unter Vorlage Ihrer Europäischen Krankenversicherungskarte können Sie vor Ort einen für das jeweilige System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigten Arzt aufsuchen. Gern beraten wir Sie vor Antritt Ihres Auslandsaufenthaltes. Die Europäische Krankenversicherungskarte befindet sich auf der Rückseite Ihrer elektronischen Gesundheitskarte. Bitte bedenken Sie, dass wir im Falle eines krankheitsbedingten Rücktransportes die Kosten nicht übernehmen. Hierfür ist eine private Krankenversicherung erforderlich. Nähere Informationen finden Sie in den Merkblättern der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA).

Ein wichtiger Hinweis

Eine ambulante Vorsorgeleistung muss vor Beginn beantragt und durch die Krankenkasse bewilligt werden. Liegt diese Bewilligung nicht vor, können auch einzelne Leistungen, wie Heilmittel oder die Inanspruchnahme eines ausländischen Badearztes, nachträglich nicht erstattet werden.

Haben Sie weitere Fragen? Gern sind wir für Sie da. Sprechen Sie uns einfach an.

Ihre AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gem. § 23 Abs. 2 SGB V

- bei Schwächung der Gesundheit / zur Krankheitsverhütung
- zur Vermeidung der Verschlimmerung
behandlungsbedürftiger Krankheiten
- bei Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern

Der/die Versicherte ist bei mir in Behandlung seit:

--	--	--	--	--	--	--	--

Risikofaktoren/Gefährdung, Regulations-/Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden

- erhöhter Blutdruck
 Bewegungsmangel/Fehlhaltung
 Übergewicht/Fehlernährung
 Stress
 Rauchen
- Sonstige Risikofaktoren _____
- aktuelle Beschwerden (ggf. auch Regulations-/Befindlichkeitsstörungen): _____

Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung

seit wann?

Ursache

Verlauf

1.			
2.			
3.			

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

Verlauf: 1 = chronisch rezidivierend; 2 = chronisch progredient; 3 = konstitutionell/umweltbedingte Neigung zu rezidivierenden somatischen Erkrankungen

Schädigungen/Funktionsstörungen/Befund:

Datum der letzten Untersuchung:

--	--	--	--	--	--	--	--

Aktuelle Befunde (z.B. Röntgen, EKG, Labor)/Untersuchungsberichte (z.B. Facharzt, Krankenhausentlassungsbericht)

- können bei Bedarf durch den MDK angefordert werden
 liegen nicht vor

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

Welche Behandlungen, Maßnahmen/Hilfen wurden in den letzten 12 Monaten durchgeführt?

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

Nur ausfüllen, sofern in den letzten 3 Jahren eine medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt wurde!

Die Vorsorgeleistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 3 Jahren medizinisch dringend erforderlich

(z.B. Verschlimmerung durch akuten Schub, andere Krankheiten), weil

Sind besondere Anforderungen an den Kurort zu stellen (z.B. Klima, Allergiefaktoren)?

- nein
 ja, welche _____

empfohlener Kurort: _____ Dauer: _____ Wochen

Durchführung der Vorsorgeleistungen in kompakter Form (Kompaktkur)
 ja
 nein

Ggf. weitere Bemerkungen: _____

- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01623 BMÄ/E-GO berechnungsfähig -

Hinweis: Die vorstehend erfragten Angaben werden benötigt, um über den Antrag des Versicherten auf Durchführung einer Vorsorgeleistung entscheiden zu können. Nach §§ 100 SGB X und 73 Abs. 2 Ziff. 9 SGB V sind Sie verpflichtet, den erbetenen Bericht zu erteilen.

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes
Muster 25 (7.2003)