

# Antrag auf eine stationäre Vorsorgemaßnahme

- vom Versicherten auszufüllen -

**bkk melitta hmr**  
gemeinsam richtung gesundheit

**bkk melitta hmr**  
**ServiceCenter Minden**  
Postfach 1224  
32372 Minden

Angaben zur vorsorgebedürftigen Person		
Name, Vorname	Versichertennummer	Geburtsdatum
Straße, Nr.	PLZ, Ort	Telefonnummer <sup>1</sup>

## Die Fragen 1 bis 3 sind nur von Erwachsenen auszufüllen

1. Haben Sie gesundheitliche/persönliche Gründe, die eine stationäre Vorsorgekur erfordern?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aus folgenden Gründen: _____ _____

2. Benötigen Sie bei Ihrer häuslichen Versorgung Unterstützung?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ _____

3. Üben Sie eine Pflegetätigkeit aus?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> es wird eine Maßnahme für pflegende Angehörige beantragt <input type="checkbox"/> die Koordinierung der Versorgung für die pflegebedürftigen Person durch die Pflegekasse wird gewünscht (separater Antrag)

## Gesundheitliche Vorgeschichte

4. Bitte geben Sie alle Haus- und Fachärzte/-ärztinnen mit Namen, Adresse und Fachrichtung an, bei denen Sie in den letzten Jahren in Behandlung waren:
_____
_____
_____
_____

### 5. Welche Maßnahmen/Therapien/Aktivitäten sind in den letzten 12 Monaten wegen Ihrer Beschwerden durchgeführt worden?

- Ärztliche Behandlung/Beratung  nein  ja  
Medikamente  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_  
Ernährungsberatung  nein  ja  
Heilmittel (z. B. Krankengymnastik, Massagen, Packungen)  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_  
weitere Maßnahmen/Therapien/Aktivitäten  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

## Gesundheitliche Beschwerden

### 6. Welche gesundheitlichen Beschwerden haben Sie zur Zeit?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 7. Wie lange haben Sie diese Beschwerden bereits?

- unter 6 Monate  6 Monate bis 1 Jahr  1 bis 2 Jahre  über 2 Jahre

### 8. Wie belastbar sind Sie?

(Die Angaben sind für Erwachsene und Kinder ab dem 7. Geburtstag erforderlich)

#### Können Sie

- alleine 1000 m (bei Kindern 500 m) gehen?  nein  ja  
eine Treppe über mehrere Etagen hoch steigen?  nein  ja  
öffentliche Verkehrsmittel benutzen?  nein  ja  
sich bücken, aufstehen und/oder hinsetzen?  nein  ja  
sich alleine an- und ausziehen sowie waschen?  nein  ja

## Gesundheitliches Verhalten

### 9. Treiben Sie regelmäßig mindestens einmal die Woche Sport?

- nein  ja, welchen \_\_\_\_\_

### 10. Haben Sie Allergien?

- nein  ja, welche \_\_\_\_\_

## Sonstiges

### 11. Was erwarten Sie von einer stationären Vorsorgekur?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1 - freiwillige Angabe

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/der Versicherten

Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie unter [www.bkk-melitta-hmr.de](http://www.bkk-melitta-hmr.de) oder fordern Sie diese gerne direkt bei uns per Telefon unter **0571 93409-0** oder per E-Mail unter [datenschutz@bkk-melitta.de](mailto:datenschutz@bkk-melitta.de) an.

