

Empfehlung einer Vorsorgemaßnahme

Ärztlicher Befundbericht

- vom Arzt auszufüllen -

bkk melitta hmr

gemeinsam richtung gesundheit

bkk melitta hmr

ServiceCenter Minden

Postfach 1224

32372 Minden

ambulante Vorsorgemaßnahme

stationäre Vorsorgemaßnahme

Maßnahme für pflegende Angehörige

Angaben zur Person		
Name, Vorname	Versichertennummer	Geburtsdatum
Straße, Nr.	PLZ, Ort	

bei Schwächung der Gesundheit/
zur Krankheitsverhütung

zur Vermeidung der Verschlimmerung
behandlungsbedürftiger Krankheiten

1. Anamnese	
Die/Der Versicherte ist bei mir in Behandlung seit: _____	
Beschwerden der/des Versicherten; seit wann? _____ _____	
Größe in cm: _____	Gewicht in kg: _____
Bei chronischer Erkrankung: ICD10: _____ Diagnose gesichert seit: _____	
Verlauf in den letzten 12 Monaten: <input type="checkbox"/> derzeit keine Verschlimmerung <input type="checkbox"/> allmählich progredient <input type="checkbox"/> durch akute Schübe progredient	

2. Vorsorgebedürftigkeit- medizinische/sozialmedizinische Befunderhebung: (ggf. aktuelle relevante Befundberichte für den MD beifügen)				
A. Vorsorgebedürftige Gesundheitsstörungen/Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung				
Diagnose	ICD 10	seit wann	Ursache	Verlauf

Ursache: 1 = Arbeits-/Wegeunfall; 2 = sonstige Unfallfolgen; 3 = Berufskrankheit; 4 = Gesundheitsschäden nach dem BVG

Verlauf: 1 = chron. rezidivierend; 2 = chron. progredient; 3 = konstitutionell/umweltbedingte Neigung zu rez. somat. Erkrankungen

Datum der letzten Konsultation/Vorstellung vor der Verordnung: _____	Datum der letzten Untersuchung
Schädigung/Funktionsstörung/Befund	

Aktuelle relevante Befundberichte (auch fachärztliche):

- sind dem Antrag beigelegt können bei Bedarf durch den Medizinischen Dienst angefordert werden liegen nicht vor

B. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

- Bewegungsmangel/Fehlhaltung Übergewicht/Untergewicht Alkohol Stress
 Verhaltensauffälligkeiten Medikamente erhöhten Blutdruck Nikotin
 Sonstiges: _____

C. Kontextfaktoren/sozialmedizinische Faktoren der Vorsorgebedürftigkeit

- Berufstätigkeit nein ja, als _____
belastende Faktoren nein ja, folgende _____
 berufliche Aspekte (welche) _____
 Familiäre/soziale Aspekte (welche) _____

D. Maßnahmen in den letzten 12 Monaten

- Maßnahmen mit präventiver Ausrichtung: _____
 Heilmittel: _____ fachärztliche Mitbehandlung: _____
 Medikamente: _____
 Rehabilitationssport/Funktionstraining Patientenschulung
 Sonstiges: _____

Warum sind die Maßnahmen am Wohnort nicht ausreichend?

3. Vorsorgefähigkeit

(bezieht sich neben der Belastbarkeit auch auf die Motivation und die Bereitschaft, das Gesundheitsverhalten zu ändern)

- ja nein, weil _____

4. Vorsorgeziele in Bezug auf die Vermeidung der Verschlimmerung behandlungsbedürftiger Krankheiten:

Empfohlene Therapien am Kurort: _____

5. Ergänzende Hinweise Leistung vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von drei Jahren (ambulante Vorsorgemaßnahmen) bzw. vier Jahren (stationäre Vorsorgemaßnahmen) ist dringend erforderlich:

- nein ja, weil _____

Besondere Hinweise

Reisefähigkeit (nur bei stationärer Vorsorgemaßnahme): öffentliche Verkehrsmittel PKW

Besondere Anforderungen an den Kurort: _____

Ist eine Kompaktkur erwünscht? ja nein

Wie schätzen Sie die Eigenaktivitäten zur Genesung durch die Versicherte bzw. den Versicherten ein?

Sonstiges: _____

Für das Ausfüllen dieser Anfrage ist EBM 01 622 (stationäre Vorsorgemaßnahme) bzw. EBM 01 623 (ambulante Vorsorgemaßnahme) abrechnungsfähig.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Vertragsärztin/der Vertragsarztes