

Antrag auf eine ambulante Vorsorgemaßnahme

- vom Versicherten auszufüllen -

bkk melitta hmr
ServiceCenter Minden
Postfach 1224
32372 Minden

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

1. Die ambulante Vorsorgekur soll durchgeführt werden in		
Kurort	Land	Zeitraum

Gesundheitliche Vorgeschichte

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

3. Welche Maßnahmen/Therapien/Aktivitäten sind in den letzten 12 Monaten wegen Ihrer Beschwerden durchgeführt worden?		
Ärztliche Behandlung/Beratung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Medikamente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Heilmittel (z. B. Krankengymnastik, Massagen, Packungen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Strombehandlungen/Bäder- und Wasserbehandlungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
weitere Maßnahmen/Therapien/Aktivitäten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____

4. Ist die Krankheit Folge eines Arbeitsunfalls, eines Versorgungsleidens oder durch Dritte verursacht worden?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar _____	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall	<input type="checkbox"/> Berufskrankheit
		<input type="checkbox"/> Arbeits-/Wegeunfall	<input type="checkbox"/> Schädigung durch Dritte

Gesundheitliche Beschwerden

5. Welche gesundheitlichen Beschwerden haben Sie zur Zeit?

6. Wie lange haben Sie diese Beschwerden bereits?

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

7. 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?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
eine Treppe über mehrere Etagen hoch steigen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
öffentliche Verkehrsmittel benutzen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
sich bücken, aufstehen und/oder hinsetzen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
sich alleine an- und ausziehen sowie waschen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Gesundheitliches Verhalten

8. Treiben Sie regelmäßig mindestens einmal die Woche Sport?

nein ja, welchen _____

9. Haben Sie Allergien?

nein ja, welche _____

Sonstiges

10. Üben Sie eine Pflegetätigkeit aus?

nein ja

11. Was erwarten Sie von einer ambulanten 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 oder fordern Sie diese gerne direkt bei uns per Telefon unter **0571 93409-0** oder per E-Mail unter datenschutz@bkk-melitta.de an.

