

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 ¹

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 Pfl egetätigkeit aus?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

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

