

Name, Vorname, Geburtstag des Mitglieds	
	Datum

<b>BKK Deutsche Bank AG</b> <b>Postfach</b> <b>40189 Düsseldorf</b>
---

**ANTRAG auf eine ambulante  
medizinische Vorsorgeleistung**

**Ich beantrage eine ambulante Vorsorgeleistung.**

Möglicher Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Gewünschter Kurort: \_\_\_\_\_

Hotel: \_\_\_\_\_

Ist die diesem Antrag zugrunde liegende Erkrankung Folge eines Arbeitsunfalls oder durch Dritte verursacht worden?

Ja.  Nein.

Wurde innerhalb der letzten vier Jahre eine ambulante oder stationäre Leistung (Kur) durchgeführt?

Ja.  Nein.

Wenn ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_.

Kostenträger: \_\_\_\_\_.

(Rentenversicherung oder  
Name der Krankenkasse)

Ich bin tagsüber erreichbar unter der Telefonnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des / der Versicherten

Vorschlag des Arztes für Vorsorgeleistungen

Name und Vorname

Krankenversicherungsnummer

Anschrift

- Bei Schwächung der Gesundheit / zur Krankheitsverhütung.
- Bei Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern.
- Zur Vermeidung der Verschlimmerung behandlungsbedürftiger Krankheiten.
- Als Kompaktleistung.

Der/Die Versicherte ist bei mir in Behandlung seit: \_\_\_\_\_

Der / Die Versicherte ist bei mir in Behandlung seit: \_\_\_\_\_

Die Maßnahme ist notwendig wegen

- Arbeitsunfallfolgen
- Berufskrankheit

sonstiger Unfallfolgen

Risikofaktoren / Gefährdung, Beschwerden:

- Erhöhter Blutdruck
- Bewegungsmangel / Fehlhaltung
- Stress
- Fehlernährung
- Aktuelle Beschwerden:
- Diagnosen:
- Sonstige Risikofaktoren:

ICD-10 Code in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung	Seit wann?	Ursache	Verlauf
1.			
2.			
3.			
4.			

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: \_\_\_\_\_

Auf Grund des derzeitigen Gesundheitszustandes ist eine Vorsorgeleistung vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren *dringend* erforderlich:  
Grund:

- ja
- nein

**Aktuelle Befunde**

können bei Bedarf angefordert werden.  liegen nicht vor.

Angestrebtes Vorsorgeziel (z. B. Schmerzlinderung, Verbesserung der Beweglichkeit etc.):

**Bisherige Therapie in den letzten 12 Monaten:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik  | <input type="checkbox"/> Physikalische Therapie | <input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie          |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie      | <input type="checkbox"/> Psychotherapie         | <input type="checkbox"/> Rehasport / Funktionstraining            |
| <input type="checkbox"/> Patientenschulung | <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe      | <input type="checkbox"/> Sonstiges (z. B. Hilfsmittelversorgung): |

**Therapievorschlag:**

Welche spezifischen Therapiemaßnahmen sind notwendig? Kurmittel?

Welcher Kurort und welche Behandlungsdauer werden vorgeschlagen?

Kurort	Behandlungsdauer	Wochen
--------	------------------	--------

Sonstiges / Besonderheiten

Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes

Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01623 EBM2000+ berechnungsfähig.