

Techniker Krankenkasse  
20904 Hamburg

## Ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Die Angaben sind nach § 18 BMV-Ä/EKV berechnungsfähig; EBM-Ziffer 01623.

### Angaben der Ärztin/des Arztes

Für  
sind ambulante Vorsorgeleistungen medizinisch begründet, weil

- die Gesundheit meines Patienten geschwächt ist.  
Maßnahmen zur Krankheitsverhütung
- vermieden werden soll, dass sich behandlungsbedürftige Krankheiten verschlimmern.
- die gesundheitliche Entwicklung des Kinds gefährdet ist.

Mein Patient wird bei mir behandelt seit dem

Tag	Monat	Jahr	

### Welche Risikofaktoren liegen vor?

- Rauchen
- Bewegungsmangel/Fehlhaltung
- Erhöhter Blutdruck
- Stress
- Fehlernährung/Übergewicht
- Sonstige:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Angaben zu Diagnosen

Bitte nennen Sie die Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung.

Ursache: 1 = sonstige Unfallfolgen, 2 = Arbeitsunfallfolgen, 3 = Berufskrankheit, 4 = Gesundheitsschäden nach dem BVG

ICD Code	Relevante Diagnose	Ursache
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Angaben zu weiteren Einschränkungen

Mein Patient hat folgende Schädigungen bzw. Funktionsstörungen:

---

---

Aktuelle Befunde  
z. B. Röntgenaufnahmen, EKG,  
Laborbefunde, Krankenhausbericht

- liegen nicht vor.  
 können durch den MD angefordert werden.

## Angestrebtes Vorsorgeziel

z. B. Schmerzlinderung, verbesserte Beweglichkeit, Abbau von Risikofaktoren, Verhaltensänderung

---

---

## Welche Behandlungen oder Maßnahmen wurden in den letzten 12 Monaten gemacht?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik            | <input type="checkbox"/> physikalische Therapie             |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie                | <input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie              | <input type="checkbox"/> Patientenschulungen                |
| <input type="checkbox"/> Rehasport/Funktionstraining | <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppen                 |
| <input type="checkbox"/> Sonstige:                   |   |

---

### Angaben zur Kur

**B a d B i r n b a c h**

Empfohlener Kurort

Empfohlene Kurdauer:  Wochen

Es gibt besondere Anforderungen an den Kurort:  
z. B. Klima, Allergenfreiheit

Die Vorsorgeleistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 3 Jahren erforderlich, weil:

Die Kur soll als Kompaktkur durchgeführt werden.

Arztnummer (LANR)

Tag      Monat      Jahr

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes