



# Fit & Vital – Antrag des Versicherten

Hiermit beantrage ich die von meinem Arzt vorgeschlagene ambulante Vorsorgemaßnahme **Fit & Vital** (siehe beiliegendes Attest) als  BKK-Versicherte/r  Selbstzahler

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon dienstlich \_\_\_\_\_

Gewünschter Kurort (z. B. Bad Füssing) \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Termin (z. B. Fü 01 27.01 - 09.02.2008) \_\_\_\_\_

Unterkunft: Kategorie \_\_\_\_\_  Einzelzimmer  Doppelzimmer

Wurde innerhalb der letzten drei Jahre eine Kur durchgeführt?  Ja  Nein

Falls ja, wann? vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_, in \_\_\_\_\_, Kostenträger \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass die zur Abwicklung notwendigen Unterlagen an den Gesundheitsservice der Betriebskrankenkassen bzw. an die Klinik weitergeleitet werden und erkenne die Allgemeinen Bedingungen (letzte Innenseite Fit & Vital Katalog 2008) an.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Versicherten

## Kostenzusage der Krankenkasse

Wir übernehmen im Rahmen der gesetzlichen bzw. Satzungsbestimmungen für den/die o.g. Versicherten die Kosten der beantragten ambulanten Vorsorgemaßnahme **Fit & Vital** für die Dauer von 14 Tagen.

Für die verordneten Kurmittel (Heilmittel) ist eine gesetzliche Zuzahlung von 10 % zzgl. 10,- € Ordnungsgebühr zu leisten. Die Zuzahlung soll von der Kurklinik einbehalten werden.

Die gesetzliche Zuzahlung entfällt (Härtefall).

Zu den übrigen Kosten der Kur (Unterkunft, Fahrtkosten, etc.) gewähren wir einen Zuschuss von \_\_\_\_\_ € täglich für die Dauer von \_\_\_\_\_ Tagen (wird direkt mit der Klinik abgerechnet).

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel, Unterschrift des Kostenträgers

Bitte senden Sie die bewilligten Unterlagen an:  
Gesundheitsservice der Betriebskrankenkassen, Dönhoffstr. 39, 51373 Leverkusen, Tel: 02 14 / 35769-0, Fax:35769-170



# Fit & Vital – Vorschlag des Arztes

## Ambulante Vorsorgemaßnahme gemäß §23, Abs. 2 SGB V

- bei Schwächung der Gesundheit / zur Krankheitsverhütung  
 zur Vermeidung der Verschlimmerung behandlungsbedürftiger Krankheiten

Name des Patienten

Geburtsdatum

Krankenkassen-Versicherungs-Nummer

Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung	Seit wann?	Ursache	Verlauf
1.			
2.			
3.			

Ursache: 1=Unfallfolgen, 2=Berufskrankheit, 3=Gesundheitsschäden nach dem BVG;

Verlauf: 1=chronisch rezivierend, 2=chronisch progredient, 3=konstitutionell/umweltbedingte Neigung zu rezivierenden somatischen Erkrankungen

Schädigungen / Funktionsstörungen / Befund

---

Datum der letzten Untersuchung

Bisherige Therapie (in den letzten 12 Monaten)

- Krankengymnastik       Physikalische Therapie       Stimm-, Sprech- oder Sprachtherapie  
 Ergotherapie       Psychotherapie       Rehasport / Funktionstraining  
 Patientenschulung       Selbsthilfegruppe  
 sonstiges (z. B. Hilfsmittelversorgung) \_\_\_\_\_

Aktuelle Befunde (z. B. Röntgen, EKG, Labor)

- sind beigefügt       können bei Bedarf angefordert werden       liegen nicht vor

Untersuchungsberichte (z. B. Facharzt-, Krankenhausentlassungsberichte)

- sind beigefügt       können bei Bedarf angefordert werden       liegen nicht vor

Liegen Risikofaktoren vor?

- Rauchen       Stress       Bewegungsmangel, Fehlhaltung       erhöhter Blutdruck  
 Übergewicht, Fehlernährung       Sonstige: \_\_\_\_\_

Aufgrund des derzeitigen Gesundheitszustandes ist eine Vorsorgemaßnahme vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von drei Jahren dringend notwendig  Ja  Nein

Besondere Bemerkungen (z. B. psychosoziale Situation)

---

Empfohlene Klinik / Schwerpunkt

---

Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 10622 EBM berechnungsfähig.



# Fit & Vital – Selbstauskunft zum Antrag auf ambulante Versorgungsleistungen

Name des Patienten \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Krankenkassen-Versicherungs-Nummer \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Familienstand  verheiratet  verwitwet  geschieden  
 Lebensgemeinschaft  ledig

Wurden Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet?  
 Ja  Nein

Beziehen Sie Beschädigtenrente oder Hinterbliebenenrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (Versorgungsamt)?  
 Ja  Nein

Ist die Krankheit Folge eines Arbeitsunfalles, eines Versorgungsleidens oder durch Dritte verursacht worden?  
 Ja  Nein

Schildern Sie Ihre Beschwerden, Erkrankungen:

---

---

---

Welche Probleme ergeben sich aus den genannten Beschwerden für Sie im Alltag?

---

---

---

Nennen Sie Ihre behandelnden Ärzte der letzten 12 Monate. Geben Sie bitte auch die Fachrichtung der Ärzte und den Praxisort an.

---

---

---

Welche Behandlungen, Maßnahmen wurden aufgrund Ihrer Beschwerden in den letzten zwölf Monaten durchgeführt?

- |                                                                   |                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hausärztliche Behandlung                 | <input type="checkbox"/> Fachärztliche Behandlung (z. B. Orthopäde usw.) |
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik, Anzahl:                | <input type="checkbox"/> Massagen, Wärmebehandlung, Anzahl:              |
| <input type="checkbox"/> Elektrotherapie                          | <input type="checkbox"/> Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)           |
| <input type="checkbox"/> Logopädie (Sprachtherapie)               | <input type="checkbox"/> Psychotherapie                                  |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport / Funktionstraining | <input type="checkbox"/> Patientenschulung                               |
| <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppen                       |                                                                          |

# Fit & Vital

Haben Sie darüber hinaus in den letzten 12 Monaten noch etwas zur Linderung Ihrer Beschwerden unternommen?

- |                                                  |                                             |                                       |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Entspannungstraining    | <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung | <input type="checkbox"/> Rückenschule |
| <input type="checkbox"/> Heilpraktikerbehandlung | <input type="checkbox"/> Sport, Gymnastik   | <input type="checkbox"/> Akupunktur   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____        |                                             |                                       |

Nehmen Sie regelmäßig ärztlich verordnete Medikamente ein?

- Nein                       Ja,

Wenn ja, welche und wie oft? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Belasten Sie eine oder mehrere der folgenden Umstände?

- |                                                                                                 |                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ehe-/Partnerschaftskonflikte                                           | <input type="checkbox"/> Arbeitslosigkeit                |
| <input type="checkbox"/> Pflegebedürftigkeit oder schwere Erkrankungen eines Familienmitgliedes |                                                          |
| <input type="checkbox"/> starke Anspannung im Beruf                                             | <input type="checkbox"/> einseitige berufliche Belastung |
| <input type="checkbox"/> finanzielle Sorgen                                                     | <input type="checkbox"/> Schichtdienst                   |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____                                                        |                                                          |

Was erwarten Sie sich von der Kur, bzw. welche Kur-Ziele haben Sie?  
(z. B. Schmerzlinderung, Verbesserung der Beweglichkeit, Abbau von Risikofaktoren, Verhaltensänderung)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sonstige Hinweise

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben.

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