

Merkblatt ambulante Vorsorgemaßnahme

Ambulante Vorsorgemaßnahmen können in Deutschland oder auch in Mitgliedsstaaten der Europäischen Union in anerkannten Kurorten durchgeführt werden. Versicherte erhalten dort ihre individuellen Behandlungen (Heilmittel) in einer zugelassenen Gesundheits- oder Kureinrichtung. Die Anreise, Unterkunft und Verpflegung organisieren die Versicherten selbst.

Voraussetzungen für eine Maßnahme

- Versicherte haben Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, wenn diese notwendig sind.
- Die Maßnahme muss **vor** Reiseantritt mit den entsprechenden Antragsunterlagen beantragt werden.
- Grundsätzlich beträgt die Regeldauer einer solchen Maßnahme drei Wochen. Bestätigt der Arzt, dass der Kurerfolg auch in einem kürzeren Zeitraum erreicht werden kann, kann in Ausnahmefällen eine Genehmigung erfolgen.
- Die letzte ambulante Maßnahme muss mindestens drei Jahre zurückliegen.

Kostenübernahme einer Maßnahme

in Deutschland:

Versicherte zahlen Ihre Anreise, Unterkunft und Verpflegung zunächst selbst. Die Heilmittel werden direkt mit der Krankenkasse abgerechnet. Hierfür erhalten Versicherte einen Kurarztschein, der circa eine Woche vor Beginn der Maßnahme vom verordnenden Arzt ausgefüllt wird. Versicherte leisten dann nur noch die gesetzlichen Eigenbeteiligungen, sofern sie nicht von den gesetzlichen Zuzahlungen befreit sind. Zusätzlich kann ein pauschaler Zuschuss für Anreise, Unterkunft und Verpflegung gewährt werden. Dieser beträgt max. 100,00 Euro bei einer Leistungsdauer von mindestens 14 bis 20 Kalendertagen (dabei gelten der An- und Abreisetag jeweils als Kalendertag) bzw. max. 150,00 Euro ab 21 Kalendertagen (dabei gelten der An- und Abreisetag jeweils als Kalendertag). Hierfür werden entsprechende Rechnungen (Unterkunftskosten, Fahrkosten, etc.) zusammen mit dem Kurkosten-Abrechnungs-Scheck (letzte Seite des Kurarztscheins) eingereicht.

in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union:

Versicherte zahlen Ihre Anreise, Unterkunft und Verpflegung sowie die verordneten Kurmittel (Heilmittel) zunächst selbst. Anschließend können die detaillierten und quitierten Rechnungen (Heilmittelkosten, Unterkunftskosten, etc.) zur Erstattung eingereicht werden. Erstattet werden die Kosten der ärztlichen Behandlung und die ärztlich verordneten Heilmittel. Der Anspruch besteht höchstens in Höhe der deutschen Vertragsätze. Behandlungsmethoden, die in Deutschland nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden können, dürfen nicht erstattet werden. Sofern Versicherte nicht von den gesetzlichen Zuzahlungen befreit sind, sind diese bei der Erstattung abzuziehen. Dieser Betrag vermindert sich um einen Verwaltungskostenabschlag in Höhe von 10 v. H., mindestens jedoch 10,00 Euro. Zusätzlich kann ein pauschaler Zuschuss für Anreise, Unterkunft und Verpflegung gewährt werden. Dieser beträgt max. 100,00 Euro bei einer Leistungsdauer von mindestens 14 bis 20 Kalendertagen (dabei gelten der An- und Abreisetag jeweils als Kalendertag) bzw. max. 150,00 Euro ab 21 Kalendertagen (dabei gelten der An- und Abreisetag jeweils als Kalendertag). Sofern die Kosten der Heilmittel pauschal im Reisepreis enthalten sind, ist eine Kostenerstattung leider nicht möglich.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
IKK - Die Innovationskasse		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

 **Die Innovationskasse**
 Augustastr. 3-5
 24937 Flensburg

Antrag auf ambulante Vorsorgeleistung

- bei Schwächung der Gesundheit/zur Krankheitsverhütung
- zur Vermeidung der Verschlimmerung behandlungsfähiger Krankheiten
- Bei Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern

Ich beantrage ambulante Vorsorgeleistung		
für den Zeitraum von: _____ bis: _____		
Gewünschter Kurort: _____		
Ist die Krankheit Folge eines Arbeitsunfalles, eines Versorgungsleidens oder durch Dritte verursacht worden?	ja	nein
Wurde innerhalb der letzten drei Jahre eine ambulante Vorsorgeleistung (Badekur, Kompaktkur) durchgeführt?	ja	nein
Wenn ja, von: _____ bis: _____ in: _____		
Kostenträger: _____		
Meine aktuelle Bankverbindung		
IBAN: _____ BIC: _____		
Bankinstitut: _____		
Telefonisch tagsüber erreichbar: _____		
_____	_____	
Datum	Unterschrift der/des Versicherten	
<small>Die Erhebung der Daten erfolgt nach § 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V in Verbindung mit § 67a Abs. 1 SGB X. Die Daten werden von uns für Ihre Leistungsansprüche benötigt und selbstverständlich geschützt.</small>		

Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gem. § 23 Abs. 2 SGB V Name: geb. am:	<input type="checkbox"/> bei Schwächung der Gesundheit/ zur Krankheitsverhütung <input type="checkbox"/> zur Vermeidung der Verschlimmerung behandlungsbedürftiger Krankheiten <input type="checkbox"/> bei Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern
--	---

Der Versicherte ist bei mir in Behandlung seit _____

Risikofaktoren/Gefährdung, Regulations-/Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden

erhöhter Blutdruck
 Bewegungsmangel/ Fehlhaltung
 Übergewicht/ Fehlernährung
 Stress
 Rauchen

Sonstige Risikofaktoren: _____

aktuelle Beschwerden (ggf. auch Regulations-/Befindlichkeitsstörungen): _____

Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung	seit wann ?	Ursache	Verlauf
1.			
2.			
3.			

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

Verlauf: 1= chronisch rezidivierend; 2= chronisch progredient; 3= konstitutionell/umweltbedingte Neigung zur rezidivierenden somatischen Erkrankungen

Schädigungen/Funktionsstörungen/Befund: _____

Datum der letzten Untersuchung: _____

Aktuelle Befunde (z. B. Röntgen, EKG, Labor)/Untersuchungsberichte (z. B. Facharzt, Krankenhausentlassungsbericht)

können bei Bedarf durch den MD angefordert werden
 liegen nicht vor

Angestrebtes Vorsorgeziel (z. B. Schmerzlinderung, Verbesserung der Beweglichkeit, Abbau von Risikofaktoren, Verhaltensänderung):

Welche Behandlungen, Maßnahmen/Hilfen wurden in den letzten 12 Monaten durchgeführt ?

- Krankengymnastik Physik. Therapie Stimm-, Sprech- oder Sprachtherapie Ergotherapie
- Psychotherapie Patientenschulung Rehasport/Funktionstraining Selbsthilfegruppe
- Sontige (z.B. Hilfsmittelversorgung): _____

Nur ausfüllen, sofern in den letzten 3 Jahren eine medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt wurde !
Die Vorsorgeleistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 3 Jahren medizinisch dringend erforderlich (z. B. Verschlimmerung durch akuten Schub, andere Krankheiten), weil

Sind besondere Anforderungen an den Kurort zu stellen (z. B. Klima, Allergiefaktoren) ?

- nein ja, welche: _____

Kurort: innerhalb der **BRD**
 im Ausland, Ort _____

Land: _____

Dauer: _____ Wochen

Durchführung der Vorsorgeleistungen in kompakter Form (Kompaktkur) ja nein

Ggf. weitere Bemerkungen:

-Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01623 EBM berechnungsfähig-

Hinweis: Die vorstehend erfragten Angaben werden benötigt, um über den Antrag des Versicherten auf Durchführung einer Vorsorgeleistung entscheiden zu können. Nach §§ 100 SGB X und 73 Abs. 2 Ziff. 9 SGB V sind Sie verpflichtet, den erbetenen Bericht erteilen.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

Name: _____

Vorname: _____

geb. _____

KV-Nr.: _____

Zusatzangaben bei ambulanten Vorsorgeleistungen im Ausland

Die Maßnahmen sollen durchgeführt werden

- mit primär-präventiver Zielsetzung bei
 - gesundheitsgefährdender Risikofaktorenkonstellation
 - behandlungsbedürftigen Funktions- und Regulationsstörungen
- mit sekundär-präventiver Zielsetzung bei chronischen Krankheiten zur Verhütung einer Verschlimmerung

Die Leistung ist vorgesehen für

- 21 Tage (= Regeldauer)
- _____ Tage.
- Es wird bestätigt, dass der Erfolg der Maßnahme auch in dem kürzeren Zeitraum erreicht werden kann.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes

Selbstauskunftsbogen

Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen

Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Notwendigkeit dieser Leistungen durch den Medizinischen Dienst (MD) prüfen zu lassen. Für die Begutachtung werden aussagekräftige Unterlagen benötigt. Dazu gehören zusätzlich zur ärztlichen Verordnung auch Angaben zu den Zielen der Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme aus Sicht des/der Versicherten. Beantworten Sie daher bitte die Fragen auf dem Selbstauskunftsbogen und geben Sie uns diesen bitte kurzfristig unterschrieben zurück.

Die Erhebung der Daten erfolgt nach § 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V.

Möglicherweise ergeben sich aus Ihren Angaben weitere Punkte, die geklärt werden müssen, bevor eine gutachterliche Stellungnahme erfolgen kann. Haben Sie dafür bitte Verständnis.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

KVNR: _____

Name: _____ Vorname: _____

Für den Fall, dass Sie innerhalb der letzten drei bzw. vier Jahre nicht bei der IKK - Die Innovationskasse versichert waren, bitten wir Sie um Angabe der vorherigen Krankenkasse _____

Größe _____ cm Gewicht: _____ kg

Schilderung der Beschwerden:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Verspannungen | <input type="checkbox"/> Angstzustände |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Nervosität |
| <input type="checkbox"/> Abgespannt sein | <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Lustlosigkeit | <input type="checkbox"/> Kreislaufbeschwerden | <input type="checkbox"/> Ohrengeräusche |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Beklemmungen | |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Venenleiden | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | | |

.....
.....

Seit wann bestehen die Beschwerden?

.....
.....

Wie häufig treten sie – aktuell – auf?

.....
.....

Welchen Erfolg erwarten Sie durch die beantragte Maßnahme?

.....
.....
.....

<input type="checkbox"/>	Arztbesuche	wie oft in den letzten 2 Jahren	zuletzt am
	<input type="checkbox"/> Hausarzt	.....	.....
	<input type="checkbox"/> Hautarzt	.....	.....
	<input type="checkbox"/> Orthopädie	.....	.....
	<input type="checkbox"/> Internist	.....	.....
	<input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren-Arzt	.....	.....
	<input type="checkbox"/> Chirurgie	.....	.....
	<input type="checkbox"/> Gynäkologie	.....	.....
	<input type="checkbox"/> Neurologe	.....	.....
oder	<input type="checkbox"/>

Arzneimittel
 Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....

.....

.....

.....

<input type="checkbox"/>	Heilmittelanwendungen und sonstige ambulante Behandlungen	wie oft in den letzten 6 Monaten	zuletzt am
	<input type="checkbox"/> Massagen	.....	.....
	<input type="checkbox"/> Bäder	.....	.....
	<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	.....	.....
	<input type="checkbox"/> Ergotherapie	.....	.....
	<input type="checkbox"/> Logopädie	.....	.....
	<input type="checkbox"/> Reha-Sport	.....	.....
	<input type="checkbox"/> Funktionstraining	.....	.....
	<input type="checkbox"/> Rückenschule	.....	.....
	<input type="checkbox"/> Schmerztherapie	.....	.....
	<input type="checkbox"/> Akupunktur	.....	.....
	<input type="checkbox"/> autogenes Training	.....	.....
	<input type="checkbox"/> Entspannungsübungen	.....	.....
	<input type="checkbox"/> Psychotherapie	.....	.....
	<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppen	.....	.....
	<input type="checkbox"/> Gewichtsreduktion	.....	.....
oder	<input type="checkbox"/>

Telefonnummer: _____

 Ort, Datum

 Unterschrift