

Merkmale 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



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	
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.		

<p>Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gem. § 23 Abs. 2 SGB V Name: _____ geb. am: _____</p>	<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):

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