



www.dak.de

am \_\_\_\_\_ Durchwahl \_\_\_\_\_

bearbeitet von \_\_\_\_\_  
unser Zeichen • bitte immer angeben \_\_\_\_\_

### Antrag auf stationäre Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme

Die Angabe der persönlichen Daten ist nach § 80 Sozialgesetzbuch I erforderlich.

Ich beantrage die Behandlung in einer Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung für

<input type="checkbox"/> mich selbst	Geburtsdatum		
<input type="checkbox"/> meine(n)	Verwandtschaftsverhältnis	Name	Geburtsdatum

• In den letzten 4 Jahren vor dieser Antragstellung wurden

<input type="checkbox"/> folgende Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt	<input type="checkbox"/> keine ambulanten oder stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt
von _____ bis _____	Kurort, Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung _____

• Welche gesundheitlichen Probleme belasten Sie gegenwärtig besonders?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Welche Tätigkeit üben Sie zurzeit aus ? \_\_\_\_\_

• Liegt eine Schwerbehinderung vor ?  ja  nein

Art der Behinderung \_\_\_\_\_ Grad d. Behind. \_\_\_\_\_ %

• Benötigen Sie Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl) ?  ja  nein

Hilfsmittel \_\_\_\_\_

• Treiben Sie regelmäßig Sport ?  ja  nein

Sportart \_\_\_\_\_ wie oft? \_\_\_\_\_

• Betreiben Sie aktiv Gesundheitsbildung (z. B. Rückenschule) ?  ja  nein

Art der Gesundheitsbildung \_\_\_\_\_

Solern ärztliche Unterlagen von mir bzw. meiner Ärztin/meinem Arzt der DAK überlassen werden, bin ich mit der Übermittlung dieser Unterlagen an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sowie an die Rehabilitationseinrichtung zur Therapieplanung einverstanden.

• Ich bin tagsüber telefonisch erreichbar

• meine aktuelle Bankverbindung

Konto-Nr. _____	Bankleitzahl _____
Geldinstitut _____	

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

924-013/12.02 Bl.1/2

## Bericht der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

die/der Versicherte beantragt eine stationäre Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme. Sofern Sie diese für medizinisch notwendig und zweckmäßig erachten, bitten wir, gemäß § 100 Abs. 1 SGB X in Verbindung mit § 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V die nachstehenden Fragen vollständig zu beantworten und den Bericht der Patientin / dem Patienten - ggf. im verschlossenen Umschlag - mitzugeben. Für Ihre Angaben ist die Nr. 77 BMÄ/E-GO berechnungsfähig.

Wir danken Ihnen für Ihre Bemühungen.

Ihre



### Ärztlicher Befundbericht zur Anregung einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme

- die Voraussetzungen für Reha-Maßnahmen des **Rentenversicherungsträgers** zur **Besserung/Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit** sind erfüllt .....  ja  nein
- die stationäre Maßnahme ist angezeigt zur .....  Vorsorge  Rehabilitation
- Vorsorge- /Rehabilitationsfähigkeit besteht .....  ja  nein  eingeschränkt
- die Patientin / der Patient ist in meiner Behandlung seit .....  ständig  gelegentlich
- die Patientin / der Patient ist reisefähig .....  ja  nein  eingeschränkt

Antragsrelevante Diagnose(n) ⇒ Schweregrad der Erkrankung(en) bitte unbedingt angeben in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung	Schweregrad				Diagnoseschlüssel ICD	
	leicht	mäßig	schwer	chronisch		

es handelt sich um  Unfallfolgen  Berufskrankheit  Gesundheitsschäden nach BVG

• aktuelle Untersuchungsbefunde: Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg RR \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mm Hg

• Antragsrelevante Spezialbefunde liegen vor und können bei Bedarf durch den MDK angefordert werden:

Krankenhaus  Röntgen  EKG  Labor  ärztliche Berichte  \_\_\_\_\_

• mitbehandelnde (Fach-)Ärzte

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Dauermedikation ⇒ einschließlich Dosierung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• in den letzten 12 Monaten durchgeführte Behandlungen/Maßnahmen

Art	Häufigkeit/Zeitraum	Art	Häufigkeit/Zeitraum
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik		<input type="checkbox"/> ambulante med. Reha	
<input type="checkbox"/> Physikalische Therapie		<input type="checkbox"/> Patientenschulung	
<input type="checkbox"/> Ergotherapie		<input type="checkbox"/> Teilnahme an Gesundheitsförderungskursen/-maßnahmen	
<input type="checkbox"/> Logopädie		<input type="checkbox"/> Teilnahme an Selbsthilfeaktivitäten	
<input type="checkbox"/> Psychotherapie		<input type="checkbox"/>	

• die ambulanten Maßnahmen am Wohnort sind ausgeschöpft .....  ja  nein

Begründung bei nein

\_\_\_\_\_

• ambulante Vorsorgeleistungen/Kompaktkur in anerkanntem Kurort sind/ist ausreichend  ja  nein

Begründung bei nein

\_\_\_\_\_

• die Freistellung von belastenden Lebensverhältnissen ist erforderlich .....  ja  nein

von  familiären Belastungen  Belastungen am Arbeitsplatz

Umweltbelastungen  sonstiger Grund .....

\_\_\_\_\_

- es liegen Risikofaktoren vor  ja, Art  nein
- |  |                                  |   |                                     |                                  |
|--|----------------------------------|---|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fehlernährung   | <input type="checkbox"/> Rauchen | <input type="checkbox"/> Zigaretten tgl.      | <input type="checkbox"/> bis 10     | <input type="checkbox"/> über 20 |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel/Fehlhaltung                                 | <input type="checkbox"/> Alkohol | <input type="checkbox"/> Zigarren/Pfeife tgl. | <input type="checkbox"/> bis 20     |                                  |
| <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck  | <input type="checkbox"/> Drogen  | <input type="checkbox"/> gelegentlich         | <input type="checkbox"/> regelmäßig |                                  |
| <input type="checkbox"/> Stress/ psychophysische Erschöpfung                         |                                  | <input type="checkbox"/> gelegentlich         | <input type="checkbox"/> regelmäßig |                                  |
| <input type="checkbox"/> erhöhter Schmerz-, Beruhigungsmittel-, Schlafmittelgebrauch |                                  |   |                                     |                                  |
- Art \_\_\_\_\_
- ☞ die nachfolgende Frage bitte nur beantworten, wenn in den letzten vier Jahren eine ambulante oder stationäre Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wurde
- aufgrund des derzeitigen Gesundheitszustands ist eine Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme vor Ablauf der gesetzlichen Wartelzeit von vier Jahren medizinisch dringend notwendig .....  ja  nein
- Begründung bei ja \_\_\_\_\_

## Empfehlung

der Ärztin / des Arztes für eine geeignete Fachklinik bzw. Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung

### A DAK-eigene und DAK-Vertrags-Fachkliniken

#### 1 Behandlung von Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen in DAK-Fachklinik

3-wöchige stationäre Behandlung mit aktivem Gesundheitstraining für das Indikationsfeld:

- Rehabilitationsfähige Herz- und Kreislauferkrankungen ohne Notwendigkeit zu einer invasiven Diagnostik oder Therapie (chronische Herzinsuffizienz bis NYHA II) • Herz-Kreislauf-Risikofaktoren (Fett-, Blutzucker-, Harnsäurestoffwechselstörungen, Übergewicht (bis Broca + 50 %), Bluthochdruck, Bewegungsmangel, Rauchen) • Zerebrale Durchblutungsstörungen ohne funktionelle Defizite • Periphere arterielle Durchblutungsstörungen bis Stufe II nach Fontaine • Kreislaufregulationsstörungen (hyperton/hypoton) • Psycho-physische Überlastung (chronischer Distress)

☞ Wichtig: Orthopädische Krankheiten können allenfalls am Rande mitbehandelt werden.

☞ Voraussetzung ist in jedem Fall die Fähigkeit und Bereitschaft, am (individuell angepassten) intensiven Bewegungstraining teilzunehmen.

Alter und Gesundheitszustand lassen eine aktive Beteiligung am vielseitigen, herz-kreislauf-wirksamen Gesundheitssport zu (Mindestanforderung : 1 Watt/Kg KG I)

Die Teilnahme am Gesundheitssport ist nur eingeschränkt möglich

Grund \_\_\_\_\_

#### 2 Behandlung von Stoffwechselkrankheiten in DAK-Fachklinik

3-wöchige stationäre Behandlung mit aktivem Gesundheitstraining für das Indikationsfeld:

- Adipositas • Hyperlipidämie • Hypertonie • Hyperurikämie • Metabolisches Syndrom • Diabetes mellitus Typ 1 + 2 • chron. Pankreatitis • Zustand nach Pankreas-OP • chron. entzündl. Darmerkrankungen (*Colitis ulcerosa und Morbus Crohn*) • Malabsorptions- und Maldigestions-Syndrome • Zust. nach Magen- und Darm-OP • nicht dekompensierte Leberzirrhose • Zustand nach OP an Leber, Gallenblase und Gallenwegen

Die Teilnahme an einem Ausdauertraining ist nur eingeschränkt möglich

Grund \_\_\_\_\_

#### 3 Behandlung von Atemwegs- /Haut- und psychosomatisch-/vegetativen Erkrankungen in DAK-Vertrags-Fachklinik

3-wöchige stationäre Behandlung mit aktivem Gesundheitstraining für die Indikationsfelder:

##### Krankheiten der Atmungsorgane

- allergische und nicht allergische Erkrankungen der Atmungsorgane wie Asthma, Bronchitis, Emphysem, Lungenfibrosen
- schlafbezogene Atmungsstörungen • chronische Erkrankungen der Nase/-nebenhöhlen • Nachbehandlung nach OP, Chemotherapie oder Bestrahlung bei Bronchialkarzinom

##### Krankheiten der Haut

- chronisch allergische und nicht allergische Erkrankungen der Haut wie Psoriasis, Neurodermitis, Urtikaria, Ekzeme, Akne
- Kollagenosen • Venenerkrankungen • Nachbehandlung bei bösartigen Hauttumoren

4-wöchige stationäre Behandlung mit aktivem Gesundheitstraining für das Indikationsfeld:

##### psychosomatisch-/vegetative Erkrankungen

- Depressionen und Angststörungen • Neurosen • somatoforme Störungen • Belastungs- und Anpassungsstörungen
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen • Erschöpfungssyndrome • psychovegetative bzw. funktionelle Störungen
- Schlafstörungen

bitte wenden

**4**  **Behandlung von rheumatisch-/orthopädischen Erkrankungen in DAK-Vertrags-Fachkliniken**

3-wöchige stationäre Behandlung des Stütz- und Bewegungsapparates mit Gesundheitstraining für das Indikationsfeld: Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises (entzündliche und degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates im chronischen und subakuten Stadium)

- **entzündlich:** chronische Polyarthritis, Morbus Bechterew, sonstige seronegative Spondylarthritiden
- **degenerativ:** Osteoarthritis mit reaktiver Spondylitis, Facettensyndrom, pseudoradikuläre Wirbelsäulenerkrankungen, Spondylarthrose, Arthrosis deformans, Osteoporose, Zust. n. endoprothetischen Operationen – jedoch nicht unmittelbar postoperativ
- **Weichteilrheumalismus** z. B. periphere Enthesiopathie, Affektionen der Muskeln, Bänder und Faszien, Periarthropathia humeroscapularis u. ä.

Die Teilnahme an der intensiven kombinierten Wärmanwendung (Fango/Thermalwasser bzw. Moor/Sole) ist möglich

**5**  **Behandlung in DAK-Vertrags-Fachklinik**

3-wöchige bzw. 4-wöchige stationäre Behandlung mittels Integration von Naturheilverfahren und (strukturellem oder aktivem) Gesundheitstraining für die Indikationsfelder:

- **psychovegetative / somatische Erkrankungen**  
psychovegetative und funktionelle Störungen, Ermüdungs- und Erschöpfungssyndrome einschli. der Übergangsform zum CFS, somatoforme Störungen, Schlafstörungen
- **chronische Schmerzkrankheiten/-zustände**  
z. B. Migräne, Spannungskopfschmerzen, Neuralgien, Schmerzkrankungen des Bewegungsapparates wie chron. Rückenschmerzen, degenerative Wirbelsäulenerkrankungen, Arthrose, Osteoporose, Coxarthrose
- **ernährungsbedingte Erkrankungen**  
z. B. funktionelle Magen-Darm-Störungen, Reizdarmsyndrom, chron.-entzündliche Darmerkrankungen, Metabolisches Syndrom
- **gynäkologische Erkrankungen**  
z. B. funktionelle Uterusblutungsstörungen, funktionelle Sterilität, Klimakterisches Syndrom
- **funktionelle Gefäßerkrankungen**  
chron.-venöse Insuffizienz, leichtgradige arterielle Durchblutungsstörungen
- **chronisch-rezidivierende Infektionskrankheiten**  
z. B. chron. Sinusitis, Bronchitis, Cystitis, rezidiv. Herpesinfekte

**B** **Behandlung in einer anderen Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtung**

Die DAK-eigenen bzw. DAK-Vertrags-Fachkliniken (A1) bis (A5) sind aus medizinischen Gründen nicht geeignet.

**1**  die DAK wählt – den Indikationen entsprechend – eine geeignete Klinik/Einrichtung aus

**2**  aus medizinischen Gründen soll die Maßnahme in der nachstehend genannten Klinik/Einrichtung erfolgen

Name der Einrichtung und Anschrift	<b>klinik &amp; more</b> Reithofpark-Klinik für Naturheilverfahren Reithof 1 83075 Bad Feilnbach
medizinische Begründung	Email: naturheilverfahren@klinik-more.de www.klinik-more.de Info & Buchung zum Nulltarif: 0800 / 7345310