

Bitte zurück an:



VICTORIA



Was Sie uns wichtig sind ...

BKK VICTORIA-D.A.S.
Postfach 10 15 36
40006 Düsseldorf

Vorsorge- bzw. Rehabilitationsleistungen

1. Ich beantrage folgende Leistung:

- ambulante Vorsorge in anerk. Kurorten stationäre Vorsorge
- Vorsorge für Mütter/Väter Vorsorgeleistung für Mutter-Kind/Vater-Kind
- Rehabilitation für Mütter/Väter Rehabilitationsleistung für Mutter-Kind/
Vater-Kind
- ambulante Rehabilitation stationäre Rehabilitation

Für mich selbst

Vorname	Name	Geburtsdatum
Vorname	Name	Geburtsdatum

Für mein Kind

2. Angaben zur Lebenssituation

- allein lebend mit (Ehe-)Partner/-in mit/bei Kindern Rentner/in
- Betreutes Wohnen

3. Kinder ¹

Anzahl:

Vorname(n)	Geburtsdatum	Im Haushalt lebend	
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

¹ Nur ausfüllen, wenn mindestens noch ein Kind im Haushalt lebt.

4. Erkrankung ist Folge

- einer Berufskrankheit/eines Schülerunfalls/eines Arbeitsunfalles
- eines (sonstigen) Unfalls einer anerkannten Schädigung im Sinne des BVG
- einer ärztlichen Fehlbehandlung (z.B. OP-Fehler, Narkoseschaden, Injektionschaden, Fehler bei der Geburtshilfe)

5. Erhalten Sie Leistungen nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) wegen eigener Pflegebedürftigkeit?

nein ja Pflegestufe _____

Beantragt? ja, am _____ nein

6. Liegt eine anerkannte Schwerbehinderung vor?

ja Ausweis liegt vor? ja nein Grad der Behinderung? _____ %

„Gehbehinderung“ ja nein
„Außergew. Gehbehinderung“ ja nein

nein Antrag gestellt? ja, am _____ nein

7. Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen in der gesetzlichen Rentenversicherung (RV)

Wurden in den letzten 2 Jahren vor Antragsstellung 6 Kalendermonate Pflichtbeiträge zur RV für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit entrichtet?

ja nein

Wenn nein, können Sie für 60 oder 180 Kalendermonate Beitrags- oder Ersatzzeiten in der RV nachweisen?

(Hierzu zählen auch Kindererziehungszeiten sowie im Rahmen des Versorgungsausgleichs erworbene Rentenanwartschaften.)

ja, für 60 Kalendermonate ja, für 180 Kalendermonate nein

An welchen RV- Träger wurden zuletzt Beiträge entrichtet?

Deutsche Rentenversicherung _____ Deutsche Rentenversicherung Bund

Wurde in der Vergangenheit jemals ein Beitrag an die Bundesknappschaft entrichtet?

ja nein

8. Wurden in den letzten 4 Jahren Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten der Krankenkasse oder anderer Sozialleistungsträger durchgeführt?

nein ja, welche?

	1. Maßnahme	2. Maßnahme
Art(Vorsorge/Rehabilitation)		
Ort und/oder Einrichtung		
Vom/bis		
Leistungsträger		

9. Derzeit/zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit:

- selbstständig/angestellt 3-Schichtdienst Nacharbeit

Anzahl der durchschnittlichen Arbeitsstunden je Woche? _____ St./Woche

- Hausfrau/Hausmann Elternzeit arbeitslos seit _____

- nicht berufstätig seit _____ erlernter Beruf _____

- Rentner/-in seit _____ Rentenantragsteller/-in seit _____ Vorruhestand seit _____

10. Wie empfinden Sie Ihre ausgeübte Tätigkeit?

- eher entlastend eher belastend

11. Schildern Sie bitte Ihre gesundheitlichen Beschwerden, aufgrund derer die Maßnahme beantragt wird:

Beschwerden, Beeinträchtigung: _____

Auswirkungen der gesamten Beschwerden auf das Alltagsleben (Freizeitgestaltung, Einschränkung der sozialen Kontakte):

12. Was belastet Sie besonders?

- Arbeitslosigkeit Arbeitslosigkeit des Partners Ehe-/Partnerschaftskonflikte
- Pflegebedürftigkeit oder schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes
- Tod eines nahen Angehörigen häufige oder chronische Krankheiten der Kinder
- allein erziehend beengte Wohnverhältnisse finanzielle Sorgen
- Schichtdienst Sonstiges _____

13. Welche entlastenden Beratungs-/Betreuungsangebote und/oder andere Hilfen wurden bzw. werden in Anspruch genommen?

- Familien-/Ehe-/Erziehungsberatung Konfliktberatung Suchberatung
- Schuldnerberatung
- Selbsthilfegruppe, welche? _____
- Hilfen im Haushalt
- Kinderbetreuung (Kindergarten, Krippe, Tagesmutter, Spielkreis, Nachbarn, Familie etc.)
- Sonstiges: _____

14. Was war für die Antragsstellung ausschlaggebend?²

- Eigene gesundheitliche Probleme Gesundheitliche Probleme eines Kindes
 Sonstiges:.....

15. Nennen Sie Ihre behandelnden Ärzte der letzten 12 Monate (Name, Anschrift, Fachrichtung, in Behandlung seit):

Name	Anschrift	Fachrichtung	In Behandlung seit

16. Welche medizinischen Behandlungen bzw. anderen Maßnahmen wurden aufgrund Ihrer Beschwerden in den letzten 12 Monaten durchgeführt?

- Hausärztliche Behandlung Fachärztliche Behandlung Krankengymnastik
 Andere physikalische Therapien (Massagen, Wärmeanwendungen) Elektrotherapie
 Ergotherapie (Beschäftigungstherapie) Logopädie (Sprach-/Sprechtherapie)
 Physiotherapie
 Patientenschulung Reha-Sport/Funktionstraining
 Hilfsmittelverordnung, welche? _____
 Sonstige: _____

17. Welche (verhaltensabhängige) Risikofaktoren bestehen bei Ihnen?

- Rauchen Zigaretten täglich bis 10 täglich bis 20 über 20
 Pfeife/Zigarren
 Alkohol gelegentlich regelmäßig
 Übergewicht Bewegungsmangel Cholesterinerhöhung Bluthochdruck
 Sonstige: _____

18. Nehmen Sie bedarfsweise/regelmäßig ärztliche verordnete Medikamente ein?

- nein ja wenn ja, welche und wie oft? _____

Nehmen Sie gelegentlich/regelmäßig Medikamente ein, die nicht ärztlich verordnet sind?

- nein ja wenn ja, welche und wie oft? _____

19. Ist die Mitnahme eines oder mehrerer Kinder geplant?

- nein ja Wenn ja, wie viele? _____

² Nur auszufüllen bei Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind- Maßnahmen.

20. Ist die häusliche Versorgung des/der Kinder während der Maßnahme sicher gestellt?

nein ja Wenn ja, durch wen? _____

21. Bei welcher Krankenkasse sind die Kinder krankenversichert?³

**22. Welche Anforderungen sind an die Einrichtung zu stellen?
(z.B. behindertengerechte Ausstattung, Klima, Diät)**

23. Ist die häusliche Versorgung sichergestellt?⁴

ja nein

24. Bestehen Ihrerseits hinsichtlich der Durchführung der Maßnahme terminliche Wünsche?

(Bitte bedenken Sie, dass die Einrichtung Ihren Terminwunsch nur bedingt berücksichtigen kann.)

ja vom/bis: _____ vom/bis: _____

Bei Rückfragen bin ich unter der Telefon-Nr.: _____ zu erreichen.⁵

Sofern ich der BKK VICTORIA-D.A.S. ärztliche Unterlagen überlassen habe, die für die Beurteilung meines Antrages erforderlich sind, bin ich mit der Übermittlung an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einverstanden.

Sofern im Einzelfall zur Beurteilung des Antrages weitere ärztliche Unterlagen (Arztbefunde, Krankenhausentlassungsberichte o. ä.) erforderlich sind, entbinde ich den Arzt/die Ärztin im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht (§ 60 SGB I) hierfür von seiner/ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten

³ Nur auszufüllen bei Mutter-Kind-bzw. Vater-Kind-Maßnahmen.

⁴ Nur auszufüllen bei ambulanter Rehabilitation am Wohnort.

⁵ Diese Angabe ist freiwillig.

KURVORSCHLAG DES ARZTES

Mitglied (Name, Vorname) _____: _____ Geb.datum: _____

Angehöriger (Name, Vorname): _____ Geb.datum: _____

<input type="checkbox"/> als Vorsorgekur (bei Gesundheitsgefährdung)		<input type="checkbox"/> als Kindervorsorgekur	
<input type="checkbox"/> Durchführung als Kompaktkur			
Aufgrund des derzeitigen Gesundheitszustandes ist eine Kur vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von drei Jahren dringend notwendig ?			
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Die Kur ist notwendig wegen			
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfallfolgen		<input type="checkbox"/> sonstiger Unfallfolgen	
<input type="checkbox"/> Berufskrankheit		<input type="checkbox"/> Versorgungsleiden nach dem BVG/OEG	
Indikationen, die den Kurantrag begründen:			
Diagnosen / Befunde:			
Bisherige Therapie:			
Aktuelle Befunde (z.B. Rö., EKG, Labor)	<input type="checkbox"/> sind beigefügt	<input type="checkbox"/> können bei Bedarf angefordert werden	<input type="checkbox"/> liegen nicht vor
Untersuchungsberichte (z.B. Facharzt-, Krankenhausentlassungsberichte)	<input type="checkbox"/> sind beigefügt	<input type="checkbox"/> können bei Bedarf angefordert werden	<input type="checkbox"/> liegen nicht vor
Liegen Risikofaktoren vor ?			
<input type="checkbox"/> Rauchen		<input type="checkbox"/> Bewegungsmangel	<input type="checkbox"/> Stress
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____			
Sind besondere Maßnahmen zur Selbsthilfe erforderlich (z.B. Diabetikerschulung)?		<input type="checkbox"/> Nein	
		<input type="checkbox"/> Ja: _____	
Sind besondere Anforderungen zu stellen? - an die Kureinrichtung (z.B. behindertengerechte Ausstattung, Aufnahme von Mutter und Kind)		<input type="checkbox"/> Nein	
		<input type="checkbox"/> Ja: _____	
- an den Kurort (z.B. Klima, Allergiefreiheit)		<input type="checkbox"/> Nein	
		<input type="checkbox"/> Ja: _____	
Kurort:		Kurdauer:	
Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01621 EBM 2000plus berechnungsfähig.		_____ Stempel / Unterschrift des Vertragsarztes	