

		BKK				
BKK VICTORIA - D.A.S.						
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			



BKK VICTORIA - D.A.S

ANTRAG auf ambulante Kur

Antrag des Versicherten

Ich beantrage eine ambulante Kur

Möglicher Zeitraum vom _____ bis _____

Gewünschter Kurort _____

- Vorsorgekur
 Kindervorsorgekur
 Rehabilitationskur

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

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

Wenn ja, vom _____ bis _____ in _____

Kostenträger _____

Telefonisch tagsüber erreichbar _____

Datum, Unterschrift des/der Versicherten

BKK der VICTORIA und D.A.S.
Versicherungs-Gesellschaften
Postfach 10 15 36

40006 Düsseldorf

Kurvorschlag des Arztes

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> als Vorsorgekur (bei Gesundheitsgefährdung) | <input type="checkbox"/> als Kindervorsorgekur |
| <input type="checkbox"/> als Rehabilitationskur (bei Krankheit oder Krankheitsfolgen) | <input type="checkbox"/> Durchführung als Kompaktkur |

Aufgrund des derzeitigen Gesundheitszustandes ist eine Kur vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von vier Jahren dringend notwendig? Ja Nein

Die Kur ist notwendig wegen Arbeitsunfallfolgen sonstiger Unfallfolgen
 Berufskrankheit Versorgungsleiden nach dem BVG/OEG

Indikationen, die den Kurantrag begründen:

Diagnosen/Befunde:

Bisherige Therapie:

Aktuelle Befunde (z.B. Rö., 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 Bewegungsmangel Streß Ernährung
 Sonstige: _____

Sind besondere Maßnahmen zur Selbsthilfe erforderlich (z.B. Diabetikerschulung)? Nein Ja: _____

Sind besondere Anforderungen zu stellen?
 - an die Kureinrichtung (z.B. behindertengerechte Ausstattung, Aufnahme von Mutter und Kind) Nein Ja: _____

- an der Kurort (z.B. Klima, Allergenfreiheit) Nein Ja: _____

Kurort	Kurdauer	Wochen
--------	----------	--------

Ort, Datum

- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 77 BMÄ/E-GO berechnungsfähig. -

Stempel/Unterschrift des Vertragsarztes