

Krankenkasse:

KURANTRAG

Aktenzeichen: _____

Antragsteller:			
Name	Vorname	Geburtsdatum	
<input type="checkbox"/> ambulante Kur	<input type="checkbox"/> stationäre Kur	<input type="checkbox"/> Mütterkur	<input type="checkbox"/> _____
Wurden Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	ggf. an wen	<input type="checkbox"/> LVA <input type="checkbox"/> BfA _____ (ggf. wieviele Jahre)
Wurde ein Kuraufenthalt in den letzten 4 Jahren gewährt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Vorsorgekur <input type="checkbox"/> Rehakur	_____ von _____ bis _____ _____ Kostenträger
Handelt es sich bei der Erkrankung, für die eine Kurmaßnahme beantragt wird um:			
Ein anerkanntes Kriegsleiden	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Die Folgen eines Arbeitsunfalles	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Die Folgen eines sonstigen Unfalles	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	falls ja, <input type="checkbox"/> Eigenverschulden <input type="checkbox"/> Fremdverschulden
Wo sollen die beantragten Maßnahmen durchgeführt werden?			
Wann sollen die beantragten Maßnahmen durchgeführt werden?			
_____ Ort und Datum	_____ Unterschrift d. Versicherten	_____ Telefon	

Name:		Vorname:		Aktenzeichen:	
- Kurvorschlag des Arztes -					
<input type="checkbox"/> als Vorsorgekur (bei Gesundheitsgefährdung)		<input type="checkbox"/> Kindervorsorge			
<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		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Die Kur ist notwendig wegen		<input type="checkbox"/> Arbeitsunfallfolgen <input type="checkbox"/> Berufskrankheit		<input type="checkbox"/> sonstiger Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden nach dem BVG/OEG	
Indikationen, die den Kurantrag begründen:					
Diagnosen:					
Welche Behandlungen, Maßnahmen/Hilfen wurden in den letzten 12 Monaten durchgeführt?					
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik		<input type="checkbox"/> Physik. Therapie		<input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech- oder Sprachtherapie	
<input type="checkbox"/> Psychotherapie		<input type="checkbox"/> Patientenschulung		<input type="checkbox"/> Rehasport/Funktionstraining	
				<input type="checkbox"/> Ergotherapie	
				<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe	
<input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. Hilfsmittelversorgung): _____					
Aktuelle Befunde (z.B. Rö.,EKG,Labor)		<input type="checkbox"/> sind beigefügt		<input type="checkbox"/> können bei Bedarf angefordert werden	
Untersuchungsberichte (z.B. Facharzt-, Krankenhausentlassungsberichte)		<input type="checkbox"/> sind beigefügt		<input type="checkbox"/> können bei Bedarf angefordert werden	
Liegen Risikofaktoren vor?		<input type="checkbox"/> Rauchen		<input type="checkbox"/> Streß	
				<input type="checkbox"/> Bewegungsmangel	
				<input type="checkbox"/> Ernährung	
<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, Allergenfreiheit)		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja: _____	
- liegt Reisefähigkeit vor ?		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	
- liegt Vorsorge-/Rehabilitationsfähigkeit vor ?		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	
Kurort		Kurdauer		Wochen	
- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 79 BMÄ/E-GO berechnungsfähig -					
Ort, Datum				Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	