

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Ärztliche Empfehlung für Präventionsangebote in der Sekundär- und Tertiärprävention nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 SGB V

Der Anbieter und die Höhe der Kostenbeteiligung sind vor Inanspruchnahme der verordneten Maßnahme vom Versicherten bei der IKK classic zu erfragen!

Diagnose

Wurde in den letzten 4 Quartalen eine Krankenbehandlung zu dieser Diagnose erbracht?

Ja Nein

Ist zu dieser Diagnose in naher Zukunft eine Rehabilitationsmaßnahme angezeigt?

Ja Nein

Liegt die letzte Rehabilitationsmaßnahme für die gleiche Diagnose länger als 6 Monate zurück?

Ja Nein

Risikofaktoren/Bemerkungen

Empfohlene Maßnahme (Bitte nur eine Maßnahme ankreuzen)

Bewegung Ernährung Stressreduktion/Entspannung

Bemerkung/Erläuterung

Es liegen keine Grunderkrankungen vor, die eine Teilnahme an der verordneten Maßnahme ausschließen. Um eine Wiedervorstellung des Patienten nach Abschluss der Maßnahme wird gebeten. Der Patient ist ausreichend motiviert, an der oben genannten Maßnahme teilzunehmen.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

Vom Versicherten auszufüllen

Ich erkläre mich einverstanden, dass die IKK classic im Bedarfsfall Rücksprache mit dem verordnenden Arzt zur Abstimmung über den für mich geeigneten Leistungserbringer aufnimmt. Die IKK classic verpflichtet sich, die ärztlichen Angaben nur zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen (z. B. Prüfung des Leistungserbringers, Kostenerstattung) oder zur Kontaktaufnahme mit mir zu verwenden. In diesem Rahmen entbinde ich den Arzt und die IKK classic von der Schweigepflicht.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass der Leistungserbringer im Bedarfsfall Rücksprache mit dem verordnenden Arzt halten darf und entbinde den Arzt und den Leistungserbringer von der Schweigepflicht.

Datenschutzhinweis für den Versicherten: Die Krankenkasse verwendet die hier erhobenen Daten um zu prüfen, ob sie Kosten erstatten kann (§ 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V). Die Daten werden zum Zweck des Nachweises der Teilnahme und der Überweisung des Erstattungsbetrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Die Angabe der Daten ist freiwillig. Ohne die Angaben kann eine Überweisung nicht vorgenommen werden (§§ 67 a, b SGB X).

Ort, Datum

Telefon-Nr. tagsüber/abends
des Versicherten/gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des Versicherten/
gesetzlichen Vertreters