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



Sekundärprävention | Antrag auf das AOK PLUS-Programm Bitte nur ein AOK PLUS-Programm ankreuzen. □ "Leichter und aktiver leben" ☐ "Ernährungsberatung" ☐ "Gesunder Rücken" mit Bewegung und Ernährung Angaben des Arztes Eine Teilnahme an einem Programm der Sekundärprävention zur Erhaltung bzw. Verbesserung des Gesundheitszustandes durch Veränderung des Lebensstils halte ich unter folgender Zielstellung für empfehlenswert: □ Schmerzreduzierung ☐ Verbesserung der Stoffwechselwerte □ Normalisierung der Blutdruckwerte ☐ Reduzierung von Gewicht/Taillenumfang □ allgemeine Konditionierung □ Sonstige Hauptdiagnose (nach ICD10) Nebendiagnosen Die für die Durchführung des empfohlenen Programms notwendigen Hinweise und medizinischen Parameter werden dem Versicherten ausgehändigt. ☐ Programmempfehlung im Rahmen des Check-up PLUS (Diabetes-Vorsorge) Datum Unterschrift | Stempel des Arztes Hinweis: Bitte beachten Sie die Angaben zu den Indikationen und Kontraindikationen der einzelnen Programme. Weitere Informationen finden Sie für Sachsen auf www.aokgesundheitspartner.de/sac bzw. für Thüringen auf www.aokgesundheitspartner.de/thr Stichwort: Sekundärprävention Abschlussuntersuchung des Arztes Bitte schätzen Sie allgemein ein. Der Gesundheitszustand des Patienten hat sich: □ verbessert □ leicht verbessert ☐ gleich geblieben ☐ leicht verschlechtert □ verschlechtert In Bezug auf die o.g. Zielstellungen hat das Programm das Gesundheitsverhalten des Patienten positiv beeinflusst: □ sehr stark □ relativ stark □ einigermaßen □ relativ gering □ sehr gering Bemerkungen, weitere Maßnahmen Unterschrift | Stempel des Arztes

Teilnahmebestätigung (Versicherter) Programmbeginn Programmende Ich bestätige die Teilnahme von Einheiten an diesem Programm. □ Ich entbinde den AOK PLUS-Partner SP von der Schweigepflicht gegenüber meinem oben benannten behandelnden Arzt und bin damit einverstanden, dass der AOK PLUS-Partner SP, unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, das ausgefüllte Formular und einen Arztinformationsbrief nach Beendigung der Maßnahme direkt an meinen behandelnden Arzt übergibt. Datum Unterschrift des Versicherten Angaben des AOK PLUS-Partners SP IK-Nummer Keine Teilnahme bzw. Abbruch aufgrund von □ Krankheit ☐ Berufliche Veränderung □ Umzug ☐ Wechsel der Krankenkasse ☐ Sonstige Bei Teilnahme Abschlusseinschätzung und Empfehlung

Unterschrift | Stempel
Datum des AOK PLUS-Partners SP

(Vertragspartner)