

**Anlage 5** zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 22.07.2010 (gültig ab 01.09.2010)

Freigabe 27.10.2008		
<input checked="" type="checkbox"/> Gebüh frei  <input type="checkbox"/> Gebüh frei  <input type="checkbox"/> Unfall/ Unfall- Allgemein  <input type="checkbox"/> BVG	Krankenkasse bzw. Kostenträger  Name, Vorname des Versicherten  geb am  Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status  Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	<b>Verordnung des Kurarztes</b> Ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V IK des Leistungserbringens Gesamt-Zuzahlung Gesamt-Brutto Rechnungs-Nummer Beleg-Nummer Diagnose/Vorsorgeziel Ggf. Hinweise zur Therapie Verordnungs-Heilmittel menge Anzahl pro Wo.
Pos.-Nr. Anzahl Pos.-Nr. Anzahl Pos.-Nr. Anzahl Pos.-Nr. Anzahl Pos.-Nr. Anzahl Pos.-Nr. Anzahl		
Maßnahmen der Gesundheitsförderung		
<input type="checkbox"/> Patienten-Gesprächsseminar <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapeutisches Ernährungsseminar <input type="checkbox"/> Seminar Raucherentwöhnung <input type="checkbox"/> Seminar Entspannungstechniken <input type="checkbox"/> Seminar Bewegungstraining <input type="checkbox"/>		
Kurarztsstempel / Unterschrift des Kurarztes (10 2008)		

**Anlage 5** zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 22.07.2010 (gültig ab 01.09.2010)

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!

**Empfangsbestätigung durch den Versicherten**

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

	Datum	Maßnahme(n)	Patienten-Unterschrift
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Freigabe 27.10.2008

Behandlungsabbruch am:  /  /  /   
Datum

Dieses Formular bitte nach Beendigung der Behandlung  
der jeweiligen Krankenkasse zusenden

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringens