

Selbstauskunftsbogen für eine ambulante Vorsorgekur

Angaben zur vorsorgebedürftigen Person

Vorname(n)

Name

Geburtsdatum Versichertennummer

Postleitzahl Wohnort

Telefonnummer E-Mail

1. Die ambulante Vorsorgekur soll durchgeführt werden in:

Land:

Kurort:

Zeitraum:

Gesundheitliche Vorgeschichte

2. Bitte geben Sie alle Haus- und Fachärztinnen bzw. Haus- und Fachärzte mit Namen, Adresse und Fachrichtung an, bei denen Sie bzw. Ihr Kind in den letzten Jahren in Behandlung waren:

3. Welche Maßnahmen/Therapien/Aktivitäten sind in den letzten 12 Monaten wegen Ihrer Beschwerden bzw. der Beschwerden Ihres Kindes durchgeführt worden?

Ärztliche Behandlung/Beratung nein ja

Medikamente nein ja, welche:

Ernährungsberatung nein ja

Heilmittel (z. B. Krankengymnastik, Massagen, Packungen) nein ja, welche:

Strombehandlungen/Bäder- und Wasserbehandlungen nein ja

weitere Maßnahmen/Therapien/Aktivitäten nein ja, welche:

Gesundheitliche Beschwerden

4. Welche gesundheitlichen Beschwerden haben Sie bzw. Ihr Kind zur Zeit?

5. Wie lange haben Sie bzw. Ihr Kind diese Beschwerden bereits?
 unter 6 Monate 6 Monate bis 1 Jahr 1 bis 2 Jahre über 2 Jahre
6. Wie belastbar sind Sie bzw. Ihr Kind (die Angaben sind für Erwachsene und Kinder ab dem 7. Geburtstag erforderlich)?
 Können Sie bzw. Ihr Kind
- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| alleine 1000 Meter (bei Kindern 500m) gehen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| eine Treppe über mehrere Etagen hoch steigen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| öffentliche Verkehrsmittel benutzen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| sich bücken, aufstehen und/oder hinsetzen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| sich alleine an- und ausziehen sowie waschen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Gesundheitsbewusstes Verhalten

7. Treiben Sie bzw. Ihr Kind regelmäßig mindestens einmal die Woche Sport? nein ja
 Wenn ja, welchen:
8. Haben Sie bzw. Ihr Kind Allergien? nein ja
 Wenn ja, welche:

Die Fragen 9 bis 11 sind nur von Erwachsenen auszufüllen:

9. Konsumieren Sie Nikotin? nein ja
 Wenn ja, wieviel Nikotin konsumieren Sie täglich?
 Wenn ja, sind Sie grundsätzlich dazu bereit den Nikotinkonsum einzuschränken/zu beenden? nein ja
10. Trinken Sie Alkohol? nein ja
 Wenn ja, wie oft trinken Sie alkoholhaltige Getränke? täglich mehrmals wöchentlich
 einmal wöchentlich seltener
11. Ernähren Sie sich Ihrer Auffassung nach gesund? nein ja
 Sind Sie grundsätzlich dazu bereit Ihre Ernährungsweise zu ändern, wenn es aus gesundheitlichen Gründen erforderlich ist? nein ja

Sonstiges

12. Was erwarten Sie von einer ambulanten Vorsorgekur?

Einverständniserklärung

- Ich willige ein, dass die mkk - meine krankenkasse von den Ärztinnen bzw. Ärzten und Einrichtungen, die ich in der Selbstauskunft angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen Untersuchungsunterlagen für die Vorlage beim Medizinischen Dienst (MD) anfordert. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.
- Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Willige ich nicht in die erforderliche Datenübermittlung ein oder widerrufe ich meine Einwilligung, kann das dazu führen, dass nicht oder nicht rechtzeitig entschieden werden kann bzw. die Aufnahme in einer geeigneten Einrichtung sich zeitlich verzögert.



Ort, Datum

Unterschrift