

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der versicherten Person		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Sekundärprävention | Antrag auf ein AOK PLUS Angebot

nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 SGB V

Angaben des Arztes/der Ärztin

Bitte nur ein Angebot ankreuzen

Gruppenangebote:

☐ Bewegung und Ernährung

☐ Gesunder Rücken

Einzelberatungsangebote:

☐ Ernährungsberatung

☐ Mental gesund

Hauptdiagnose (nach ICD10) _____

Nebendiagnosen _____

Anmerkungen _____

Die erforderlichen Hinweise und medizinischen Parameter für die Umsetzung des empfohlenen Angebots erhält der Versicherte/die Versicherte.

☐ Angebotsempfehlung im Rahmen des Check-up PLUS (Diabetes-Vorsorge)

Datum _____

Unterschrift | Stempel der Arztpraxis _____

Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie die Informationen zu den Indikationen und Ausschlusskriterien der einzelnen Angebote. Details finden Sie dazu in der Anlage 1 der Vereinbarung zur Zusammenarbeit bei der Wiederherstellung der Gesundheit bzw. Verbesserung des Gesundheitszustandes.

Hinweise zum Antragsformular

1. Bitte lassen Sie den Antrag von der AOK PLUS genehmigen. Das geht online oder vor Ort in einer unserer Filialen. Das Original bleibt bei Ihnen. Von uns erhalten Sie dann einen Gutschein.
2. Geben Sie den Antrag und den Gutschein bei Ihrem gewählten Anbieter für Sekundärprävention ab.
3. Nach Abschluss bestätigen Sie Ihre Teilnahme und der Anbieter schreibt eine Einschätzung bzw. Empfehlung.
4. Den Antrag braucht Ihre Arztpraxis zurück – entweder direkt vom Anbieter oder persönlich von Ihnen bei der Abschlussuntersuchung. Ihr Arzt/Ihre Ärztin fasst dann alle Ergebnisse zusammen.
5. Die Kosten rechnet Ihre Arztpraxis mit dem Antragsformular über die zuständige kassenärztliche Vereinigung ab. Sie brauchen nichts weiter tun.

Teilnahmebestätigung (Versicherte/-r)

Teilnahmebeginn _____ Teilnahmeende _____

Ich bestätige die Teilnahme an _____ Einheiten von diesem Angebot.

☐ Ich entbinde den AOK PLUS Partner Sekundärprävention von der Schweigepflicht gegenüber meinem/meiner oben genannten Arzt/Ärztin. Nach Abschluss der Maßnahme darf der Anbieter das ausgefüllte Formular und ggf. einen Arztinformationsbrief direkt an meine Arztpraxis senden. Der Datenschutz wird zu jeder Zeit eingehalten.

Datum _____

Unterschrift Versicherte/-r _____

