

**Wichtig: Dieses Formular können Sie online ausfüllen, speichern und über das Online-Kundencenter**

**„Meine Mercedes-Benz BKK“ an uns übertragen.** Nutzen Sie dafür einfach Ihr digitales Postfach.

Wenn Sie ein Mobilgerät nutzen, können Sie über die QR-Codes rechts in die App wechseln und das Dokument über Ihr digitales Postfach an uns übertragen. Anträge können Sie nur für sich selbst übermitteln.

Geht es um Formulare für andere, muss der Antrag ausgedruckt, von der betreffenden Person unterschrieben und per Post eingeschickt werden.



Google Play Store



Apple App Store

# Mercedes-Benz BKK: Antrag auf eine stationäre Kur.

## Daten der Patientin/des Patienten:

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Krankenversicherungsnummer

## Ärztliche Bescheinigung.

### 1. Anamnese.

Wegen welcher/welchen Krankheit(en) ist eine stationäre Vorsorgeleistung erforderlich? Nach ICD 10.

---

---

Seit wann bestehen die Beschwerden der Patientin/des Patienten bzw. Gefährdung/Defizite in der altersgerechten Entwicklung des Kindes/Jugendlichen?

---

Diagnose gesichert seit:

Datum der letzten Konsultation/ Untersuchung vor der Verordnung:

### 2. Medizinische Befunderhebung.

Bisherige Therapie (ggf. Stichworte):

---

---

Untersuchungen in den letzten Monaten (z. B. Röntgen, EKG, Labor, Facharztbericht u.a.):

---

---

Größe: \_\_\_\_\_ cm, Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Befunde sind beigefügt  Befunde liegen nicht vor

Welches Vorsorgeziel soll mit der Maßnahme erreicht werden?

---

---

Warum reicht eine ambulante Vorsorgeleistung (ambulante Badekur) nicht aus?

---

---

Sind besondere Maßnahmen zur Selbsthilfe notwendig (beispielsweise Diabetikerschulung, Selbsthilfegruppen etc.)?

---

---

Liegen bei der Patientin/dem Patienten Risikofaktoren vor?

Rauchen  Ernährung  Bewegungsmangel  Stress  Andere: \_\_\_\_\_

# Mercedes-Benz BKK: Ärztliche Bescheinigung.

## Daten der Patientin/des Patienten:

Nachname

Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Krankenversicherthenummer

### 3. Vorsorgefähigkeit.

Bezieht sich neben der Belastbarkeit auch auf die Motivation, die unter „2.“ formulierten Vorsorgeziele anzustreben sowie die Bereitschaft, das Gesundheitsverhalten langfristig zu ändern)

Besteht Vorsorgefähigkeit?  Ja  Nein

### 4. Ergänzende Hinweise.

Sind Leistungen vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren aus medizinischen Gründen dringend erforderlich?

Nein  Ja

Ist eine Begleitperson während der Maßnahme erforderlich?

Nein  Ja

Kann die Patientin/der Patient mit öffentlichen Verkehrsmitteln reisen? Welches Verkehrsmittel ist medizinisch notwendig?

### 5. Therapievorschlag.

Welche spezifischen Therapiemaßnahmen sind notwendig?

Welche Vorsorgeeinrichtung bzw. welcher Kurort und welche Dauer werden vorgeschlagen?

Dauer: \_\_\_\_\_ Wochen

Welche speziellen Anforderungen sind an die Vorsorgeeinrichtung bzw. den -ort zu stellen (Ausstattung, Klima, behindertengerecht, Aufnahme von Mutter und Kind etc.)?

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Für die Angaben der Ärztin/des Arztes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig.

**Datenschutzhinweis:** Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie ordnungsgemäß erledigen zu können. Nach § 284 Sozialgesetzbuch (SGB) V in Verbindung mit § 206 SGB V, sowie nach § 94 und § 50 SGB XI sind wir berechtigt, die Daten zu erheben und Sie zur Mitwirkung verpflichtet. Die Nennung von Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Website [www.mercedes-benz-bkk.com](http://www.mercedes-benz-bkk.com), Webcode 139d. Chancengleichheit, Vielfalt, Offenheit und Respekt gehören zu den Grundüberzeugungen von Mercedes-Benz. Dies zeigen wir in der Art und Weise, wie wir denken, handeln und kommunizieren. Grundsätzlich schließen alle gewählten Begriffe selbstverständlich alle Geschlechter und Identitäten ein.

# Mercedes-Benz BKK: Angaben der/des Versicherten zum Antrag auf eine Kur.

1. Die Kur wird beantragt für:

Nachname

Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Krankenversicherturnummer

Von: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_

Wegen folgender Beschwerden:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Die Beschwerden sind zurückzuführen auf eine/-n

Arbeitsunfall     Berufskrankheit     Versorgungsleiden     sonstigen Unfall

3. Warum beantragen Sie eine Kur und was erwarten Sie davon?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Welche Behandlungsformen (z. B. Massage, Krankengymnastik, Psychotherapie etc.) haben Sie in den letzten zwölf Monaten erhalten?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Hat der Kurbedürftige Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet?

Nein     Ja, von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Rentenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

6. Wurde früher bereits eine Kur oder ein Heilverfahren durchgeführt?

Nein     Ja, von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

in: \_\_\_\_\_  
wegen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kostenträger: \_\_\_\_\_

Ich bin telefonisch erreichbar: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass die zur Abwicklung notwendigen Unterlagen an den Kooperationspartner „Gesundheitsservice“ und an die Klinik weitergeleitet werden. Der Gesundheitsservice unterstützt die Mercedes-Benz BKK bei der Auswahl der geeigneten Kurklinik.

Ort, Datum

Unterschrift

**Datenschutzhinweis:** Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie ordnungsgemäß erledigen zu können. Nach § 284 Sozialgesetzbuch (SGB) V in Verbindung mit § 206 SGB V sowie nach § 94 und § 50 SGB XI sind wir berechtigt, die Daten zu erheben, und Sie zur Mitwirkung verpflichtet. Die Nennung von Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Website [www.mercedes-benz-bkk.com](http://www.mercedes-benz-bkk.com), Webcode 139d. Chancengleichheit, Vielfalt, Offenheit und Respekt gehören zu den Grundüberzeugungen von Mercedes-Benz. Dies zeigen wir in der Art und Weise, wie wir denken, handeln und kommunizieren. Grundsätzlich schließen alle gewählten Begriffe selbstverständlich alle Geschlechter und Identitäten ein.

# Mercedes-Benz BKK: Ausfüllhilfe zum Selbstauskunftsbogen.

Sehr geehrte/-r Frau/Herr \_\_\_\_\_,

Sie haben mit diesem Antrag die Möglichkeit Ihre Gründe für eine Kurmaßnahme ausführlich zu schildern. Für die Überprüfung durch den Medizinischen Dienst ist es außerordentlich wichtig, dass der beratende Arzt sich einen Überblick über Ihre individuelle Situation verschaffen kann. Hierbei sind neben den Angaben zu Ihren Erkrankungen auch die Informationen zum privaten, familiären und beruflichen Umfeld sehr hilfreich und von großer Bedeutung. Nur so ist eine gezielte Beurteilung Ihres persönlichen Versorgungsbedarfes möglich.

Diese Angaben sind freiwillig – Sie helfen uns damit bei der Entscheidung und können zum Erfolg der Maßnahme beitragen. Die Angaben werden streng vertraulich behandelt und nur dem MD zugeleitet.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

- Zu Frage 1: Hier sind die Angaben des Versicherten einzutragen, für den die stationäre Maßnahme beantragt wird. Bitte überprüfen Sie die systemseitig vorgegebenen Daten auf Richtigkeit und Vollständigkeit. Bitte geben Sie hier Ihren Kurtermin (wenn bekannt) oder den gewünschten Zeitraum für die beantragte Kur an. Nennen Sie hier bitte Ihre Beschwerden/Erkrankungen, die für die beantragte Maßnahme im Vordergrund stehen. Weitere Beschwerden/Erkrankungen nennen Sie dann bitte in der Reihenfolge nach Dringlichkeit und Ausmaß.
- Zu Frage 2: Bitte kreuzen Sie hier die entsprechende Ursache Ihrer Erkrankung an (falls zutreffend). In diesem Fall reichen Sie bitte Nachweise, Unfallberichte, etc. ein.
- Zu Frage 3: Bitte schildern Sie hier ausführlich die Gründe für die Beantragung einer Kur. Hierüber hinaus geben Sie bitte an, welche Erwartungen und Zielvorstellungen Sie für die Durchführung einer Kur haben.
- Zu Frage 4: Bitte geben Sie hier die Art der Behandlungsform mit Angabe des Zeitraums und der Anzahl der durchgeführten Einheiten an. Ergänzend können Sie hier auch verordnete Medikationen oder selbst initiierte Maßnahmen (z. B. Gesundheitskurse, Aktivwochen, etc.) angeben.
- Zu Frage 5: Bitte geben Sie hier an, bei welchem Rentenversicherungsträger Sie versichert sind und Beiträge entrichten bzw. entrichtet haben.
- Zu Frage 6: Bitte geben Sie hier an, ob und wann Sie in der Vergangenheit bereits eine stationäre Kurmaßnahme durchgeführt haben und wer Kostenträger war.

Nennen Sie hier bitte ebenfalls die zu diesem Zeitpunkt bestehenden Beschwerden/Erkrankungen. Sollte Ihnen ein ärztlicher Kurbericht aus dieser Zeit vorliegen, fügen Sie diesen bitte bei.