

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 ambulante Vorsorge.

1. Die Kur wird beantragt für:

Nachname

Vorname

T T M M J J J J J J

Geburtsdatum

| | | | | | | | | |

Versichertennummer

von T T M M J J J J J J bis T T M M J J J J J J im Kurort: _____

wegen folgender Beschwerden: _____

2. Die Beschwerden sind zurückzuführen auf:

einen Arbeitsunfall eine Berufskrankheit ein Versorgungsleiden einen 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/die Kurbedürftige Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet?

Nein Ja, in der Zeit von _____ bis _____ Rentenversicherungs-Nr.: _____

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

Nein Ja, in der Zeit von _____ bis _____ Ort: _____

Grund: _____

Kostenträger: _____

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind. Änderungen teile ich so schnell wie möglich mit.

T T M M J J J J J J

Datum

Unterschrift

Eine Unterschrift ist nicht notwendig, wenn Sie den Antrag für sich selbst ausfüllen und über „Meine Mercedes-Benz BKK“ hochladen.

Telefonnummer (Diese Angabe ist freiwillig)

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, 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: Verordnung des Arztes für eine ambulante Vorsorge.

Der/Die Versicherte

Nachname

Vorname

TTTMMJJJJJJ

Geburtsdatum

XXXXXXXXXX

Versichertennummer (Diese Angabe ist freiwillig)

benötigt eine **Vorsorgekur, einschl. Krankheitsverhütung und -verschlimmerung**
 Kindervorsorgekur **Durchführung als Kompaktkur**

Bitte so ausfüllen, dass eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst ohne persönliche Vorstellung des Patienten möglich ist; ggf. Auszüge aus der Krankenakte in einem verschlossenen Umschlag beifügen.

**Aufgrund des derzeitigen Gesundheitszustandes ist eine Kur
vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von drei Jahren dringend notwendig:** Nein Ja

Warum ist die Kur notwendig und wie lautet das Behandlungsziel?

Diagnosen/ggf. Nebendiagnosen und Schädigungen:

Liegt eine chronische Erkrankung vor? Nein Ja, und zwar: _____

Krankheitsvorgeschichte: _____

In Behandlung seit: TTTMMJJJJJJ Unverträglichkeiten/Allergien: _____

Untersuchungsbefund.

O.B.: Atemwege Herz/Kreislauf Bauchorgane Bewegungsapparat Nervensystem und Psyche
 Von der Norm abweichender Befund (einschl. der jetzigen Beschwerden und Funktionseinschränkungen)

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm RR: _____ mm Hg Puls: _____

Angaben zu den bisherigen Therapien (Art, Zeitpunkt und Erfolg):

Liegen Risikofaktoren vor? Rauchen Bewegungsmangel Stress Ernährung
 Sonstige: _____

Empfehlung spezieller Maßnahmen: Krankengymnastik Ernährungsberatung Entspannungstherapie
 Bewegungs-/Sporttherapie Diätschulung Psychotherapie Rückenschule Diabetikerschulung
 Logopädie Inhalation Entwöhnungsbehandlung Ergotherapie Atemgymnastik Nichtrauchertherapie
 Sonstige: _____

Klimazone: _____ Jahreszeit: _____

Kurfähigkeit ist gegeben: Nein Ja

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

Für die Angaben 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, 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.