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

AOK PLUS

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 zum Kooperationsvertrag zur Beratung der Versicherten über Angebote der Sekundärprävention zur Wiederherstellung der Gesundheit bzw. der 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 _____

Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.

Angaben des AOK PLUS-Partner Sekundärprävention (SP)

IK-Nummer ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ **Keine Teilnahme** ☐ **Abbruch**

Bei Teilnahme oder Abbruch

Abschlusseinschätzung und Empfehlung:

Datum _____ Unterschrift | Stempel des AOK PLUS Partners SP _____
(Vertragspartner)

Abschlussuntersuchung des Arztes/der Ärztin

Bitte schätzen Sie allgemein ein.

Der Gesundheitszustand des Patienten/der Patientin hat sich:

☐ verbessert ☐ leicht verbessert ☐ gleich geblieben ☐ leicht verschlechtert ☐ verschlechtert

In Bezug auf die Zielstellungen hat das Angebot das Gesundheitsverhalten der behandelten Person positiv beeinflusst:

☐ sehr stark ☐ relativ stark ☐ einigermaßen ☐ relativ gering ☐ sehr gering

Anmerkungen _____

Datum _____ Unterschrift | Stempel der Arztpraxis _____

**Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.**