AOK PLUS – Die Gesundheitskasse.	M	F	R

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status

Vertragsarzt-Nr.	Datum

Die **Gesundheitskasse** für Sachsen und Thüringen.

AOK PLUS

Sekundärprävention/Antrag auf: (Bitte nur ein Programm ankreuzen!)

- ☐ Programm »Herz-Kreislauf«
- ☐ Programm »Rücken«
- ☐ Programm »Metabolisches Syndrom«
- ☐ Programm »Ernährungsberatung«

Angaben des Arztes:

Eine Teilnahme an einem Programm der Sekundärprävention zur Erhaltung bzw. Verbesserung des Gesundheitszustandes durch Veränderung des Lebensstils halte ich unter folgender Zielstellung für empfehlenswert:

Verhaltensänderung in Bezug auf:

- ☐ Bewegung
- ☐ Ernährung

zur:

- ☐ Schmerzreduzierung
- ☐ allg. Konditionierung
- ☐ Gewichtsreduzierung
- ☐ Senkung der Blutdruckwerte
- ☐ Verbesserung der Stoffwechselwerte
- ☐ Reduzierung von Medikamenten
- ☐ Sonstige: .....

Hauptdiagnose (nach ICD 10): ☐ ☐ ☐ ☐

Nebendiagnose(n): .....

Die für die Durchführung des empfohlenen Programms notwendigen Hinweise und medizinischen Parameter werden dem Versicherten ausgehändigt.

....

Datum Stempel/Unterschrift des Arztes

Hinweis: Bitte beachten Sie die Angaben zu den Indikationen und Kontraindikationen der einzelnen Programme in der Arztinformation zu den Kooperationsverträgen über Sekundärprävention und deren Befürwortung zwischen der AOK PLUS und den Kassenärztlichen Vereinigungen Sachsen und Thüringen.

Abschlussuntersuchung des Arztes

Bitte schätzen Sie allgemein ein:

1. Der Gesundheitszustand des Patienten hat sich:

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

2. In Bezug auf die o. g. Zielstellungen hat das Programm das Gesundheitsverhalten des Patienten positiv beeinflusst:

sehr stark ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 sehr gering

Bemerkungen/weitere Maßnahmen:

.....

....

Datum Stempel/Unterschrift des Arztes

MUSTER