

# Verordnungsbogen Gesundheitsangebote



- Ernährungsberatung
- Rückenschule
- Herz-Kreislauf-Beratung

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Beruf:

Diagnose:

**Hinweis:** Der Anbieter und die Höhe der Kostenbeteiligung sind vor Inanspruchnahme der verordneten Maßnahme bei der IKK classic zu erfragen.

Bitte die Felder ausfüllen, die für die Maßnahme erforderlich sind:

Cholesterin	<input style="width: 60px;" type="text"/>	HDL	<input style="width: 60px;" type="text"/>	Blutzucker	<input style="width: 60px;" type="text"/>	Harnsäure	<input style="width: 60px;" type="text"/>
Triglyceride	<input style="width: 60px;" type="text"/>	LDL	<input style="width: 60px;" type="text"/>	HbA1	<input style="width: 60px;" type="text"/>	Blutdruck	<input style="width: 60px;" type="text"/>

weitere relevante Laborwerte:

Beschwerden seit wann/Lokalisation:

Medikation:

Risikofaktoren:

arbeitsbedingte Belastungsfaktoren:

sonstige Indikationen/Nebendiagnosen:

Es liegen keine Grunderkrankungen vor, die eine Teilnahme an der verordneten Maßnahme ausschließen. Um eine Wiedervorstellung des Patienten nach Abschluss der Maßnahme wird gebeten.

Datum ..... Stempel/Unterschrift des Arztes .....

### Teilnahmebestätigung

	Datum	Unterschrift der/des Versicherten		Datum	Unterschrift der/des Versicherten
1			6		
2			7		
3			8		
4			9		
5			10		

Die Beendigung der Maßnahme wird vom Kursleiter bestätigt.

Bemerkungen: .....

Datum ..... Name der Einrichtung/Unterschrift .....

### Abschlussuntersuchung/Nachberatung des Arztes

Der Gesundheitszustand des Patienten wird eingeschätzt als:

- verbessert   
  leicht verbessert   
  gleich geblieben   
  leicht verschlechtert   
  verschlechtert

Bemerkungen/weitere Maßnahmen: .....

Datum ..... Stempel/Unterschrift des Arztes .....

### Einverständniserklärung der /des Versicherten

Ich erkläre mich mit der Weitergabe der Krankendaten an meine IKK einverstanden.  
Die IKK classic verpflichtet sich, diese Angaben nur für ihre speziellen Gesundheitsangebote zu verwenden.

Datum ..... Unterschrift .....

Hinweis: Der Verordnungsbogen gilt nur für Vertragsärzte der KV Sachsen  
Original nach Abschluss der Maßnahme an KV Sachsen  
erste Durchschrift verbleibt nach Abschluss der Maßnahme beim Arzt  
zweite Durchschrift geht an die IKK classic vor Ort