

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



Sekundärprävention/Antrag auf

(Bitte nur ein AOK PLUS-Programm ankreuzen!)

- AOK PLUS-Programm »Leichter und aktiver leben« (Bewegung & Ernährung)
 AOK PLUS-Programm »Rücken« AOK PLUS-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:

- Schmerzreduzierung Verbesserung der Stoffwechselwerte
 Normalisierung der Blutdruckwerte Reduzierung von Gewicht/Taillenumfang
 allg. Konditionierung Sonstige

Hauptdiagnose (nach ICD 10)

Nebendiagnose(n)

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

- Programmempfehlung im Rahmen des Check-up PLUS (Diabetes-Vorsorge)

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Hinweis: Bitte beachten Sie die Angaben zu den Indikationen und Kontraindikationen der einzelnen Programme. Weitere Informationen finden Sie für Sachsen auf www.aokgesundheitspartner.de/sac bzw. für Thüringen auf www.aokgesundheitspartner.de/thr - Stichwort: Sekundärprävention

Abschlussuntersuchung des Arztes

Bitte schätzen Sie allgemein ein

Der Gesundheitszustand des Patienten hat sich:

- verbessert leicht verbessert gleich geblieben leicht verschlechtert verschlechtert

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

Unterschrift und Stempel des Arztes

Teilnahmebestätigung (Versicherter)

Programmbeginn: Programmende:

Ich bestätige die Teilnahme von Einheiten an diesem Programm.

- Ich entbinde den AOK PLUS-Partner SP von der Schweigepflicht gegenüber meinem oben benannten behandelnden Arzt und bin damit einverstanden, dass der AOK PLUS-Partner SP, unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, das ausgefüllte Formular und einen Arztbrief nach Beendigung der Maßnahme direkt an meinen behandelnden Arzt übergibt.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Versicherten

Angaben des AOK PLUS-Partners SP

IK-Nummer:

Keine Teilnahme/Abbruch

- Grund: Krankheit berufliche Veränderung
 Umzug Wechsel der Krankenkasse
 Sonstige

Bei Teilnahme

Abschlusseinschätzung/Empfehlung:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Datum

.....
Unterschrift und Stempel des AOK PLUS-Partners SP
(Vertragspartner)