

Arztstempel

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Abteilung Sicherstellung  
Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar

**Antrag auf Abrechnung von  
verhaltenspräventiven Maßnahmen gemäß Anlage 2 des Kurarztvertrages**

Name, Vorname, Titel: .....

Fachgebiet: .....

Geburtsdatum: .....

Kurort: .....

Praxisanschrift: .....

Als Anlage sind beigefügt:

Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie und Balneologie“

und ggf. Nachweis ausreichender Kenntnisse entsprechend Teil I Nr. 2., 5. und 6. der Anlage 2 des Kurarztvertrages

Ich bestätige, dass ich die Behandlung gemäß dem Kurarztvertrag und den Richtlinien ausführen werde.

.....  
Ort

.....  
Datum

.....  
Unterschrift und Stempel