

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



Sekundärprävention | Antrag auf das AOK PLUS-Programm

Bitte nur ein AOK PLUS-Programm ankreuzen.

- „Leichter und aktiver leben“ mit Bewegung und Ernährung
 „Rücken“
 „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
 allgemeine Konditionierung
 Sonstige _____

Hauptdiagnose (nach ICD10) _____

Nebendiagnosen _____

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 | 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
 relativ stark
 einigermaßen
 relativ gering
 sehr gering

Bemerkungen, weitere Maßnahmen _____

Datum _____ Unterschrift | 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 Arztinformativbrief nach Beendigung der Maßnahme direkt an meinen behandelnden Arzt übergibt.

Datum _____ Unterschrift des Versicherten _____

Angaben des AOK PLUS-Partners SP

IK-Nummer _____

Keine Teilnahme bzw. Abbruch aufgrund von

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krankheit | <input type="checkbox"/> Berufliche Veränderung |
| <input type="checkbox"/> Umzug | <input type="checkbox"/> Wechsel der Krankenkasse |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | |

Bei Teilnahme

Abschlusseinschätzung und Empfehlung _____

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