

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassennummer	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
 ☐ „Gesunder Rücken“
 ☐ „Erährungsberatung“

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 _____

**AOK PLUS. Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.**

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 Arztinformati**o**n**s**brief 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

- | | |
|---|---|
| ☐ Krankheit | ☐ Berufliche Veränderung |
| ☐ Umzug | ☐ Wechsel der Krankenkasse |
| ☐ Sonstige _____ | |

Bei Teilnahme

Abschlusseinschätzung und Empfehlung

Datum _____

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