

**Antrag auf Anerkennung
zur Durchführung einer ambulanten Vorsorgeleistung
in Kompaktform im Krankheitsfall**

Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe
- Kurärztliche Verwaltungsstelle -
Robert-Schimrigk-Str. 4 - 6

44141 Dortmund

Antragsteller:

--(z. B. Kurverwaltung*)

--

--

--

verantwortlich bei Rückfragen: -

-

Tel.-Nr.:

Fax:

-

Ort und Datum:

**Unterschrift des
Antragstellers**

* Sofern die Kurverwaltung nicht der eigentliche Antragsteller ist, muß ein gesondertes Anschreiben derselben zum Verfahrensablauf vorgelegt werden.

Antrag auf Anerkennung zur Durchführung einer ambulanten Vorsorgeleistung in Kompaktform im Krankheitsfall

im Kurort:

(Postleitzahl)

(Ort)

1. Bei welcher Indikation sollen ambulante Vorsorgeleistungen in Kompaktform im Krankheitsfall durchgeführt werden?

2. Welche strukturierten Therapiekonzepte mit multidisziplinärem Ansatz sind geplant für die indikationsspezifische ambulante Vorsorgeleistung in Kompaktform im Krankheitsfall?

Therapiekonzepte

- Balneo- und Hydrotherapie**
- Bewegungs- u. Übungstherapie (Gymnastik u. Krankengymnastik)
 - Ergänzende Verfahren der physikalischen Therapie
 - Ernährungs- und Diättherapie
 - Ruhe- und aktive Entspannungsbehandlung

Verhaltenspräventive Maßnahmen:

Inhalte der indikationszentrierten Patienten-Gesprächs-Seminare:

Bitte strukturierte Wochenpläne beifügen! Sie sollten im Format DIN A 4 (quer) mit Zeitangaben abgegeben werden. Sämtliche Therapiekonzepte und Seminarthemen müssen in den Wochenplänen ausführlich dargestellt werden!

3. **Welche/r Gruppenleiter/in betreut die Gruppe?**
(es müssen mindestens zwei zur Verfügung stehen)

Name des/der Gruppenleiters/in

Qualifikation

4. **Ansprechpartner und Telefon-Nr. bei Terminvereinbarungen**

Ansprechpartner

Telefon-Nr.

5. **Welche Kurärzte haben sich schriftlich zur Mitarbeit im fachspezifisch ausgerichteten Qualitätszirkel bereit erklärt?**

Name des Kurarztes

- 6. Wer nimmt am Qualitätszirkel teil?
(Ärzte, nichtärztliche Therapeuten, Fachkräfte für verhaltenspräventive Maßnahmen)**

Name

Berufsbezeichnung