

**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**