

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
  „Gesunder 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](http://www.aokgesundheitspartner.de/sac) bzw. für Thüringen auf [www.aokgesundheitspartner.de/thr](http://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)