

**Antrag auf Anerkennung  
zur Durchführung einer ambulanten Vorsorgeleistung  
in Kompaktform zur Krankheitsverhütung**

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 zur Krankheitsverhütung**

**im Kurort:**

(Postleitzahl)

(Ort)

- 1. Bei welcher Indikation sollen ambulante Vorsorgeleistungen in Kompaktform zur Krankheitsverhütung durchgeführt werden?**
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 2. Welche strukturierten Therapiekonzepte mit multidisziplinärem Ansatz sind geplant für die indikationsspezifische ambulante Vorsorgeleistung in Kompaktform zur Krankheitsverhütung?**

**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**