

Empfehlung

zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V

- Bewegungsgewohnheiten
- Ernährung
- Stressmanagement
- Suchtmittelkonsum

Sonstiges _____

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.

Hinweise des behandelnden Arztes (z.B. Kontraindikationen, Konkretisierung zur Präventionsempfehlung)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes