

Krankenversicherung bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der/des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

**Ich empfehle Ihnen ein Training mit folgendem Schwerpunkt:**

- Herz-Kreislauf
- Muskel-Skelettsystem
- Entspannung/Stressbewältigung
- Koordination und motorische Förderung

**Hinweise an die Übungsleitung:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



# Rezept für Bewegung

**Regelmäßige körperliche Aktivität tut Ihnen und Ihrer Gesundheit gut!**



Bewegung kann Krankheiten des Herz-Kreislauf- und des Stoffwechselsystems sowie des Bewegungsapparates verhindern und zur Entspannung beitragen. Daher empfehle ich Ihnen die Teilnahme an einem Angebot, das mit dem Qualitätssiegel **SPORT PRO GESUNDHEIT** zertifiziert ist. Die Teilnahme an diesen qualitätsgesicherten Kursen der Sportvereine wird von den meisten gesetzlichen Krankenkassen finanziell gefördert – informieren Sie sich dort über Einzelheiten!

Darüber hinaus empfehle ich, täglich mehr Bewegung in Ihren Alltag zu integrieren!

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Sie haben die ärztliche Empfehlung, an einem **SPORT PRO GESUNDHEIT**-Angebot teilzunehmen.  
Sämtliche Angebote in Ihrer Nähe finden Sie im Internet unter [www.sportprogesundheit.de](http://www.sportprogesundheit.de).

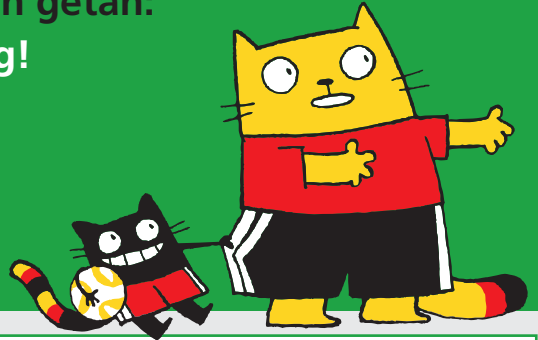
Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihren Landessportbund/Sportkreis:

Kontakt:

Telefon:

E-Mail:

**Der erste Schritt ist schon getan:  
Ihr Rezept für Bewegung!**



Mitteilung der Übungsleitung an die verordnende Ärztin/den verordnenden Arzt:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ihr/e Patient/in hat an unserem  
Bewegungsangebot teilgenommen.

Stempel und Unterschrift des Vereins