

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Empfehlung

36

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

Bewegungsgewohnheiten

Ernährung

Stressmanagement

Suchtmittelkonsum

Sonstiges

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