

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

<input type="checkbox"/>	Bewegungsgewohnheiten
<input type="checkbox"/>	Ernährung
<input type="checkbox"/>	Stressmanagement
<input type="checkbox"/>	Suchtmittelkonsum
<input type="checkbox"/>	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)

<p>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>
--