

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

- 1 Bewegungsgewohnheiten
- 1 Ernährung
- 1 Stressmanagement
- 1 Suchtmittelkonsum

Sonstiges 1 _____

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)

2

MUSTER

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes