

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der/des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	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. Oder auf den Internetseiten der regionalen Sportbünde: www.sportbund-pfalz.de; www.sportbund-rheinland.de und www.sportbund-rheinhessen.de

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

Kontakt: **Hiltrud Gunnemann**

Telefon: **06131 / 2814-371**

E-Mail: **h.gunnemann@lsb-rlp.de**

Internet: **www.lsb-rlp.de**

**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