



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.

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

Kontakt: Bayerischer Landes-Sportverband e. V., Geschäftsbereich 6 – Sportentwicklung

Telefon: 089 15702-509

E-Mail: rezept@blsv.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