

**Empfehlung**

**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     |

Sonstiges \_\_\_\_\_

|                                |                  |         |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |         |
| Name, Vorname des Versicherten |                  |         |
|                                |                  | geb. am |
| Kostenträgerkennung            | Versicherten-Nr. | Status  |
|                                |                  |         |
| Betriebsstätten-Nr.            | Arzt-Nr.         | Datum   |
|                                |                  |         |

**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