

Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung



Ärztliche Bescheinigung

Name des Patienten: _____

Versicherungsnummer: _____

Ich bestätige hiermit, dass die sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung für den oben genannten Versicherten geeignet und notwendig ist, um kardiale oder orthopädische Erkrankungen vorzubeugen, frühzeitig zu erkennen und deren Verschlimmerung zu vermeiden.

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Risikofaktoren an:

Gelenkbeschwerden

Übergewicht

Bluthochdruck

Diabetes mellitus

sonstige Risikofaktoren (bitte angeben): _____

Mit dem Versicherten wurde eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung durchgeführt. Er/Sie erfüllt die Voraussetzungen für eine Erstattung gemäß den Bestimmungen der BKK VerbundPlus.

(Datum)

(Unterschrift des Arztes)

(Stempel der Praxis)