



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

**[www.gesundheitssport-hamburg.de](http://www.gesundheitssport-hamburg.de)**

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

Kontakt:

**Hamburger Sportbund e.V., Schäferkampallee 1, 20357 Hamburg**

Telefon:

**040 / 419 08 - 111**

E-Mail:

**[hsb@hamburger-sportbund.de](mailto:hsb@hamburger-sportbund.de)**

Internet:

**[www.hamburger-sportbund.de](http://www.hamburger-sportbund.de)**

**Ärzte und Sportvereine - Partner für Gesundheit:**

- **Ärztekammer Hamburg**
- **Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg**
- **Deutscher Orthopäden-Verband e.V.**
- **Hamburger Sportärztebund**
- **Hausärzterverband Hamburg e.V.**
- **Herz InForm**
- **Kassenärztliche Vereinigung Hamburg**

Mitteilung der Übungsleitung an die verordnende Ärztin/den verordnenden Arzt:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ihr/e Patient/in hat an unserem Bewegungsangebot teilgenommen.



Stempel und Unterschrift des Vereins

