

# medora®

Zentrum für Gesundheit & Bewegung

# .präventionsbescheinigung

-----

**Ich verordne die Durchführung von medizinischem Krafttraining oder Präventionsmaßnahmen nach § 20 SGB V für meine Patientin / meinen Patienten\***

**Name** \_\_\_\_\_ **Vorname** \_\_\_\_\_ **geboren am** \_\_\_\_\_

**für mindestens 6 Monate aufgrund von Beschwerden**

**am Bewegungsapparat**     **im Herz-Kreislauf-System**     **Sonstiges**

\_\_\_\_\_  
**Name / Praxis** \_\_\_\_\_ **Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift / Stempel Praxis** \_\_\_\_\_

\*Die Verordnung belastet nicht das Budget Ihres Arztes!

**2x** inrs

**Allee-Center** Theodor-Heuss-Platz 8 · Tel 0 21 91.92 87 0  
**Zentrum-Süd** Rosenhügeler Str. 8 · Tel 0 21 91 . 696 83 41

[www.medora-remscheid.de](http://www.medora-remscheid.de)



*.training*  
*.therapie*  
**medora**<sup>®</sup> *.service*

Zentrum für Gesundheit & Bewegung