

250 Exemplare, 14 seitig, 55 x 150 mm (offen 385 x 150 mm) 250  
Exemplare, 14 seitig, 55 x 150 mm (offen 385 x 150 mm) 250  
Exemplare, 14 seitig, 55 x 150 mm (offen 385 x 150 mm) Änderung Nr. 1  
(Seite 3)

Krankenkasse bzw. Kostenträger <b>AOK Gesundheitswesen</b>		
Name, Vorname des Versicherten <b>Höfer, Dieter</b> <b>Winzerweg 12</b> <b>99999 Unterfelden</b> geb. am <b>01.10.1980</b>		
Kostenträgererkennung <b>01619530400</b>	Versicherten-Nr. <b>U771456789</b>	Status <b>1</b>
Betriebsstätten-Nr. <b>01619530400</b>	Arzt-Nr. <b>01/6184259</b>	Datum <b>heute</b>

Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die  
geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die  
Förderungsvoraussetzungen.

Hinweise des behandelnden Arztes (z. B. Kontraindikationen,  
Konkretisierung zur Präventionsempfehlung)

<b>Abnehmkurs + individuelle Beratung</b>
<b>Raucherentwöhnung</b>
<b>Rückenschule</b>

**Empfehlung**  
Zur verhaltensbezogenen  
Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V

<input checked="" type="checkbox"/>	Bewegungsgewohnheiten
<input checked="" type="checkbox"/>	Ernährung
<input type="checkbox"/>	Stressmanagement
<input checked="" type="checkbox"/>	Suchtmittelkonsum
Sonstiges <input type="text"/>	

**Dr. med. Axel Möllner**  
Allgemeinmedizin & Naturheilverfahren  
Blumenstr. 10, 99999 Unterfelden  
Tel. 09999/980-0  
Arzt-Nr. 01/6184259  
  
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 36 (07.2017)