

Messung durch Arzt oder Apotheker

Bitte vollständig ausfüllen!

healthmiles

Name des Arztes/Apothekers: _____

Blutdruckmessung /

BMI ,

Hier vom Arzt/Apotheker bestätigen lassen.

| |

Datum

Vorname Nachname (Teilnehmer)

Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

Unterschrift (Teilnehmer)

Stempel & Unterschrift

Meine Maßnahme/Aktivität

Bitte vollständig ausfüllen!

healthmiles

Name des Anbieters: _____

Bezeichnung der Maßnahme/Aktivität: _____

Hier vom Anbieter bestätigen lassen.

| |

Datum

Vorname Nachname (Teilnehmer)

Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

Unterschrift (Teilnehmer)

Stempel & Unterschrift

