

# Messung durch Arzt oder Apotheker

Bitte vollständig ausfüllen!

Name des Arztes/Apothekers: \_\_\_\_\_

BMI   ,

\_\_\_\_\_  
Vorname Nachname (Teilnehmer)

Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Hier vom Arzt/Apotheker bestätigen lassen.

|    |

Datum

Stempel & Unterschrift

# Meine Maßnahme/Aktivität

Bitte vollständig ausfüllen!

Name des Anbieters: \_\_\_\_\_

Bezeichnung der Maßnahme/Aktivität: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Vorname Nachname (Teilnehmer)

Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Hier vom Anbieter bestätigen lassen.

|    |

Datum

Stempel & Unterschrift

## Gesundheitsfördernde Kurse

Bitte vollständig ausfüllen!

Name des Anbieters: \_\_\_\_\_

Start: |T|T| | |M|M| |J|J|J|J|J|

Ende: |T|T| | |M|M| |J|J|J|J|J|

Anzahl Kurseinheiten: | | |

Vorname Nachname (Teilnehmer) \_\_\_\_\_

| | | | | | | | | | |

Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

Unterschrift des Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_

Zertifizierte Kurse nach § 20 SGB V

Andere Gesundheitskurse

Hier vom Anbieter bestätigen lassen.

|T|T| | |M|M| |J|J|J|J|J|

Datum

Stempel & Unterschrift

## Aktive Mitgliedschaft im Fitnessstudio/Verein

Bitte vollständig ausfüllen!

Name des Anbieters: \_\_\_\_\_

1. Halbjahr 1.1. - 30.6. |J|J|J|J|J|

Vorname Nachname (Teilnehmer) \_\_\_\_\_

| | | | | | | | | | |

Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

Unterschrift des Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_

Hier vom Anbieter bestätigen lassen.

|T|T| | |M|M| |J|J|J|J|J|

Datum

Stempel & Unterschrift

## Aktive Mitgliedschaft im Fitnessstudio/Verein

Bitte vollständig ausfüllen!

Name des Anbieters: \_\_\_\_\_

2. Halbjahr 1.7. - 31.12. |J|J|J|J|J|

Vorname Nachname (Teilnehmer) \_\_\_\_\_

| | | | | | | | | | |

Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

Unterschrift des Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_

Hier vom Anbieter bestätigen lassen.

|T|T| | |M|M| |J|J|J|J|J|

Datum

Stempel & Unterschrift