

Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung

I. Aufgrund folgender Indikation ist für _____
Name, Vorname, Krankenversicherungsnummer

eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung zur Verhütung von kardialer / orthopädischer Erkrankungen ärztlich indiziert.

- | | | | |
|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | patientenindividuelles Risiko | <input type="checkbox"/> | erhöhter Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> | familiäre Vorbelastung | <input type="checkbox"/> | Atemwegserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | Skelettvorerkrankungen | <input type="checkbox"/> | Diabetes |
| <input type="checkbox"/> | kardiovaskuläre Vorerkrankungen | <input type="checkbox"/> | Alkoholmissbrauch |
| <input type="checkbox"/> | erhöhtes Körpergewicht | <input type="checkbox"/> | Rauchen |

II. Zusätzlich sind aufgrund besonderer Risiken folgende Leistungen ärztlich indiziert.

- Belastungs-Elektrokardiogramm
- eine Lungenfunktionsuntersuchung
- eine Laktatbestimmung

Datum, Arzt-Stempel, Unterschrift

Erstattungsantrag Versicherte/r

Bitte erstatten Sie mir die Kosten der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung entsprechend Ihrer Satzungsmehrleistung (70 Euro) für Absatz I und ggf. (60 Euro) für Absatz II. Die bezahlten Originalrechnungen liegen diesem Antrag bei.

Kontoinhaber (falls nicht identisch mit Antragsteller)

IBAN

Datum / Unterschrift