

Betreuende/r Ärztin/Arzt von Rehabilitationssportgruppen

● Name, Vorname der/s Ärztin/Arztes

.....
.....

● Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

.....
.....

● Fachrichtung

.....
.....

Hiermit bestätige ich, dass ich

● den Rehabilitationssportanbieter

.....
.....

● Anschrift (Straße, PLZ, Ort):

.....
.....

im Sinne des § 12 der *Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01. Januar 2011* ärztlich betreue und bei Bedarf während der Übungsstunde berate.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift, Stempel