

# REZEPT FÜR BEWEGUNG

**Regelmäßige körperliche Aktivität tut Ihnen und Ihrer Gesundheit gut!**



Bewegung kann Krankheiten des Herz-Kreislauf- und des Stoffwechselsystems sowie des Bewegungsapparates verhindern und zur Entspannung beitragen. Daher empfehle ich Ihnen, täglich mehr Bewegung in Ihren Alltag zu integrieren und regelmäßig an einem Angebot eines Sportvereines teilzunehmen. Das kann ein Angebot sein, das mit dem Qualitätssiegel **SPORT PRO GESUNDHEIT** zertifiziert ist und ggf. von Ihrer Krankenkasse finanziell gefördert wird oder ein anderes gesundheitsorientiertes Angebot, auch in einer bestimmten Sportart.

Name, Vorname der\*des Versicherten

geb. am

Datum

## Ich empfehle Ihnen ein Training mit folgendem Schwerpunkt:

- Herz-Kreislaufsystem
- Haltungs- und Bewegungssystem
- Stressbewältigung und Entspannung
- Allgemeines Gesundheitstraining

## Hinweise an die Übungsleitung:

Eine gemeinsame Initiative von



Diese Maßnahme wird mitfinanziert durch Steuermittel auf der Grundlage des vom Sächsischen Landtag beschlossenen Haushaltes.

STAATSMINISTERIUM FÜR SOZIALES  
UND GESELLSCHAFTLICHEN  
ZUSAMMENHALT



Stempel und Unterschrift  
Arzt\*Ärztin

Sie haben eine ärztliche Empfehlung, an einem Sportvereins-Angebot teilzunehmen.  
**SPORT PRO GESUNDHEIT**-Angebote in Ihrer Nähe finden Sie im Internet unter:  
[suche.service-sportprogesundheit.de](http://suche.service-sportprogesundheit.de)  
Über weitere Sportangebote in Ihrer Region informiert Sie Ihr Stadt- oder Kreissportbund.

**Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an:**

**Kreissportbund Landkreis Leipzig e.V.**

Telefon: 034293 464095  
E-Mail: [bewegung@ksb-ll.de](mailto:bewegung@ksb-ll.de)  
Internet: [www.ksb-ll.de/rezeptfuerbewegung](http://www.ksb-ll.de/rezeptfuerbewegung)



**Weitere Informationen zum Rezept für Bewegung**

finden Sie unter:

<https://www.sport-fuer-sachsen.de/breitensport/rezept-fuer-bewegung>



**Mitteilung der Übungsleitung an den\*die Arzt\*Ärztin:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Ihr\*e Patient\*in hat an unserem  
Bewegungsangebot teilgenommen.**

Stempel und Unterschrift des Vereins

