

# 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 Punkt 11.1 der *Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01. Januar 2022* ärztlich betreue und bei Bedarf während der Übungsstunde berate.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift, Stempel