

# ABRECHNUNG

## SPORTMEDIZINISCHE VORSORGEUNTERSUCHUNG



### Abrechnung einer sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung bei Versicherten der BKK RWE

Bei \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Geburtstag

wurden am \_\_\_\_\_ folgende Leistungen im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung\* erbracht (vom Arzt zu bestätigen):

Bitte ankreuzen	Modul	Durchgeführte Leistung	Betrag
	I	Anamnese und Untersuchung S1-Richtlinie DGSP), Erhebungsbogen, klinische Untersuchung	130 €
	II	EKG in Ruhe und Belastung (Ergometrie), H1-Basislabor, kleines Blutbild, Glukose, ausführliches Gespräch und schriftlicher Bericht	
	III	Laktatleistungsdiagnostik (nicht separat abrechenbar, d. h. nur mit I und II)	40 €
		Gesamt (bitte eintragen):	€

\* notwendige Qualifikation der untersuchenden Ärzte:

I bis II: Arzt befindet sich auf Liste der DOSB-/DGSP-empfohlenen Untersucher

III: Arzt hat DGSP-Zertifikat Laktat-Leistungsdiagnostik 1 und 2 erworben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel Arzt

### Bankverbindung

Ich bitte, den erstattungsfähigen Betrag auf folgende Bankverbindung zu überweisen:

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitglied BKK RWE

Vorbereitet für ein Fensterkuvert

**BKK RWE**  
29217 Celle

