

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV*)
Name, Vorname des Versicherten							
geb. am							
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis			Datum		

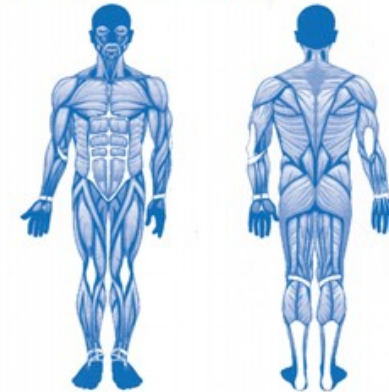
## Indikationsbestätigung für

- Medizinisches gerätegestütztes Krafttraining / Kräftigungstherapie

### Rechtfertigende Indikation:

- Allgemeine muskuläre Insuffizienz
- Kompensation tätigkeitsbedingter Fehlbelastungen
- Therapiebegleitung bei Rückenschmerzen
- Stabilisierung von Gelenken, siehe Bild rechts
- Therapiebegleitung bei Osteoporose und Sturzprävention
- Optimierung des Stoffwechsels (Adipositas/ Diabetes Typ II)
- begleitend bei Tumorthherapie

Individuelle Trainingsschwerpunkte:



Datum

Unterschrift, Stempel