

Rückfax an BSÄV
Fax: 089 – 183596

Name:..... Vorname:.....

Praxisadresse:

.....

Tel. dienstlich: Fax dienstlich:

e-Mail:

Homepage:

Kassenarzt Privatarzt

Ich erkläre mich bereit, im Auftrag des Bayerischen Sportärzteverbandes sportmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach den Leitlinien der DGSP für die Mitglieder der Techniker Krankenkasse durchzuführen.

Erfüllung folgender Module (ggf. mit Beleg):

Modul 1: Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung Basis unter Einhaltung der Leitlinien der DGSP

Modul 2: Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung erweitert unter Einhaltung der Leitlinien der DGSP, inklusive DGSP/DOSB-empfohlener Untersucher

Modul 3: Lungenfunktionsdiagnostik

Modul 4: Laktatdiagnostik, incl. vorhandenem Zertifikat (bitte als Anlage mit faxen)

Laktatleistungsdiagnostik der DGSP

Ich bin damit einverstanden, dass meine Praxisadresse, Telefonnummer und Faxnummer auf der Homepage der TK und des Verbandes genannt werden. Mein Name und die Anschrift darf bei verschiedenen Werbeaktionen der TK und des BSÄV verwendet werden.

Ort:.....

Datum:.....

Unterschrift:.....

Praxisstempel: