|  |  |
| --- | --- |
| **Name:** |  |
| **Geburtsdatum:** |  |
| **Diagnose:** |  |

Hiermit wird bestätigt, dass ……………………………aus ärztlicher Sicht an folgenden sportlichen Angeboten teilnehmen darf:

**Sport / Bewegungstraining in der Sporthalle** Ja  Nein 

Einschränkung:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Reiten:** sportliches Reiten Ja  Nein 

Hippotherapie / therapeutisches Reiten

Ja  Nein 

(Die Grund- oder Nebenerkrankung spricht nicht gegen das Sitzen/Reiten auf dem Pferd.)

Einschränkung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Schwimmen:** Gruppentraining Ja  Nein 

Bewegungsbad Ja  Nein 

Einschränkung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Radtraining:**

Fahrrad Ja  Nein 

Therapiedreirad Ja  Nein 

Handbiketraining Ja  Nein 

Einschränkungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sonstige Trainingsempfehlung:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stempel der Praxis Unterschrift