

Bestätigung medizinisches Gesundheitstraining

Hiermit bestätige ich, Dr. _____, dass für mein/e Patient/in

Herr/Frau _____, geboren am _____,

das medizinische Gesundheitstraining am milon Zirkel im Reha-Team Indersdorf aus folgendem Grund

auch unter Corona zur Erhaltung der Gesundheit medizinisch notwendig und indiziert ist, um eine

Verschlechterung der Beschwerden und/oder des Allgemeinzustandes zu vermeiden (bitte ankreuzen):

- Gelenk- und/oder Rückenbeschwerden
- Gewichtsmanagement
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck)
- Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes)
- Psychische Erkrankungen
- Sonstiges: _____

Das Reha-Team Indersdorf beachtet die vorgeschriebenen Hygienestandards und setzt diese nach bestem Gewissen um.

Datum, Unterschrift des Arztes

Datenschutz

Ich, _____, erkläre mich damit einverstanden, dass das Reha-Team Indersdorf bei Rückfragen zur ärztlichen Bestätigung für das medizinische Gesundheitstraining meinen behandelnden Arzt (s. o.) ggf. kontaktiert.

Außerdem bin ich mir des Risikos einer möglichen Corona-Infektion bewusst und übernehme selbst die Verantwortung im Falle einer Infektion.

Ort, Datum

Unterschrift Patient