

Sportbetreuung onkologischer Patienten (Sporttauglichkeitsattest)

QM Dokument



Hiermit bestätigen Sie die Sporttauglichkeit ihres Patienten:

Frau / Herr: _____,

geboren am _____,

damit sie / er im Rahmen des Angebotes „Sport mit Krebs“ an den Sana Kliniken Lübeck, an einem physiotherapeutisch geführten kostenfreien Bewegungsprogramm teilnehmen kann.

Besondere Bemerkungen:

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes:

Ort, Datum: _____ Unterschrift / Stempel: _____

Bei Fragen zum Angebot und Möglichkeiten stehen ich Ihnen gerne zu Verfügung.

Herr Jan Dalitz

Telefon Nummer: 0451-585 1878

Mail : jan.dalitz@sana.de

Mit **meiner** Unterschrift bestätige ich, dass:

- eine Schwimffähigkeit besteht
- ein Ärztliches Attest (Unbedenklichkeitsbescheinigung) zum Ausüben des Sportprogrammes vorliegt
- ich über Risiken aufgeklärt wurde
- ein Eingangstest (Ergo) durchgeführt wurde

Der Patient ist über die Sana Kliniken Lübeck GmbH im Rahmen des Sportprogrammes versichert (keine Regatten).

Lübeck, den _____

Unterschrift Patient