

## Medizinische Unbedenklichkeitsbescheinigung

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt,

Frau/Herr (Name, Vorname): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ): \_\_\_\_\_

möchte an der onkologisch-medizinischen Trainingstherapie des Therapiezentrums Heidelberg teilnehmen. Wir bitten um eine Beurteilung der Tauglichkeit für eine gesundheitsorientierte Trainingstherapie. Vielen Dank.

### Vom Arzt/Ärztin auszufüllen

Die oben genannte Patientin/der oben genannte Patient ist:

- uneingeschränkt tauglich für gesundheitsorientierte Trainingstherapie
- eingeschränkt tauglich für gesundheitsorientierte Trainingstherapie mit folgenden Einschränkungen:

- nicht tauglich für gesundheitsorientierte Trainingstherapie aus folgendem Grund:

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Name der Ärztin/des Arztes: \_\_\_\_\_

Klinik/Praxis/Stempel: