

# MOMENTUM – Gesundheit in Bewegung

## FREIGABE ZUM MEDIZINISCHEN TRAINING



Vom behandelnden Arzt auszufüllen:

Patientenname:

Geb. Datum:

Diagnose:

---

### MUSKEL-AUSGLEICHS-TRAINING (Mobilität und funktionelle Kräftigung)

Wirbelsäule:             HWS    BWS    LWS

Extremitäten:            obere             untere

Rumpfstabilität / Bauch- Rücken Ausgleich (Mobilität / Kräftigung)

Spezielle Muskelgruppen: \_\_\_\_\_

### FUNKTIONELLES KRAFTTRAINING

Gesamter Körper

Spezielle Muskelgruppe: \_\_\_\_\_

Präventivtraining spezifisch: \_\_\_\_\_

Präventionstraining Osteoporose

### STURZPROPHYLAXE

### GESUNDE GEWICHTSREDUKTION (Ausdauertraining & Muskelaufbau)

### HERZ-KREISLAUF-TRAINING

### SPORTARTSPEZIFISCHES MUSKEL- & AUSGLEICHSTRAINING

Sportart: \_\_\_\_\_

### MOBILITÄTS- UND ENTSPANNUNGSTRAINING (Beweglichkeit / Senkung des Muskeltonus)

Hiermit bestätige ich, dass oben genannte/r Patient/in sportgesund für das geplante Training ist.

Folgende Beschwerden oder Einschränkungen sind im Trainingsplan zu berücksichtigen:

.....

Datum:

Unterschrift u. Stempel des zuw. Arztes