Rheumaliga Bern
Bewusst bewegt

A R Z T Z E U G N I S

Personalien

Name, Vorname .....

Adresse .....

Geburtsdatum .....

Telefonnummer .....

E-Mail .....

Diagnose/n

( ) Osteoporose, osteoporotische Frakturen Ja / Nein
( ) entzündliche Rheumaformen
( ) Arthrose(n) peripherer Gelenke
( ) Wirbelsäulenleiden
( ) Weichteilrheumatismus
( ) Fibromyalgie

Ich empfehle, aufgrund meiner Diagnose,
( ) Bewegungstherapie im aufgewärmten Wasser
( ) Gymnastik in einer Turnhalle

bitte zutreffendes ankreuzen!

!!! Wichtige Hinweise für die Therapeuten/Therapeutinnen !!!

Gibt es zusätzliche Risiken (Herzprobleme, neurologische Probleme, Allergien, Hautprobleme, Diabetes etc.), die den Kursbesuch beeinträchtigen?

.....

.....

☐ Schwimmer/in
☐ Nichtschwimmer/in

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Ort/Datum:

Ich bin mit dem Einholen des Arztzeugnisses einverstanden.

Ort und Datum: Unterschrift der Patientin/des Patienten

Rheumaliga Bern·Gurtengasse 6·Postfach ·3000 Bern 7·Telefon 031 311 00 06·Fax 031 311 00 07·info.be@rheumaliga.ch
www.rheumaliga.ch/be·PC-Konto 30-8041-9 ·Die Rheumaliga Bern ist Mitglied der Dachorganisation Rheumaliga Schweiz.