



Erfolgsnachweis - Trainingstherapie			
Name der/des Studierenden:			
Matrikel Nr:		Studien ID:	
Praxisstelle:			
PraxisleiterIn*:			
Praxiszeitraum:	von:	bis:	Stunden:
<input type="checkbox"/> Innere Erkrankungen			Stunden:
<input type="checkbox"/> Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats			Stunden:
<input type="checkbox"/> Neurologie, Psychiatrie und Psychosomatik			Stunden:

	Zusätzliche Bemerkungen
• Zeigt Lernbereitschaft	
• Zeigt Teamarbeit/-fähigkeit	
• Kommuniziert effizient und angemessen – verbal/nonverbal	
• Führt eine klare und genau Dokumentation durch	
• Hat Kenntnisse in der Durchführung von Anamnesegespräche	
• Ist in der Lage, die für die Trainingstherapie relevanten medizinischen Diagnosen richtig zu interpretieren	
• Ist in der Lage, im Rahmen eines interdisziplinären Teamprozesses (Arzt/Ärztin, Physiotherapeut/in, Trainingstherapeut/in, Behandlungsmaßnahmen und Therapieziele zu entwickeln und verwicklichen	
• Beherrscht die Indikationen und Kontraindikationen für die Durchführung einer Trainingstherapie	
• Führt die Therapiemaßnahmen angemessen durch	
• Beherrscht die Handhabung der für die jeweilige Trainingstherapie erforderlichen Geräte und vermittelt den Patient/innen die korrekte Handhabung dieser Geräte verständlich.	

mit Erfolg bestanden

Die PraktikantIn hat die Praxis?:

nicht bestanden.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Praxisleitung*

* Arzt/Ärztin, Sportwissenschaftler/in, Physiotherapeut/in