



Dokumentation - Trainingstherapie			
Name der/des Studierenden:			
Matrikel Nr:		Studien ID:	
Praxisstelle:			
Praxisleiter/in*:			
Praxiszeitraum:	von:	bis:	Stunden:

PatientIn Nr.:			
Diagnose:			
Zielsetzung:			
Therapien:			
<input type="checkbox"/> Innere Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats	<input type="checkbox"/> Neurologie, Psychiatrie und Psychosomatik	

Dokumentation über die Durchführung der Trainingstherapie	
Datum:	Trainingstherapie (Art, Methode, Dauer, Intensität)
Datum, Unterschrift und Stempel Praxisleiter/in*:	

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