
Die Kosten für die Voruntersuchung können nicht vom Reha-Zentrum übernommen werden

Ä R Z T L I C H E S A T T E S T
(auszufüllen vom Orthopäden)

Sehr geehrte Kollegin,
Sehr geehrter Kollege,

bei dem/der Patient/in _____ Geb. am: _____
besteht die Indikation zur stat. Aufnahme wegen Adipositas permagna in unserem Rehabilitations-
Zentrum.

Um den Patienten an unserem komplexen Therapieprogramm, das auch Sporttherapie beinhaltet,
teilnehmen zu lassen, benötigen wir eine Stellungnahme von orthopädischer Seite.

Für Ihre Kooperation bedanken wir uns.

Belastbarkeit in altersentsprechendem und körperrgewicht-angepasstem Ausdauertraining
(z. B. Wandern, Schwimmen, Radfahren, Skilanglauf, Kajakfahren usw.) ist gegeben:

JA oder NEIN

Belastbarkeit im Krafttraining in altersentsprechendem, körperkraft- und adipositasangepassten
Ausmaß unter Aufsicht eines Sporttherapeuten ist gegeben:

JA oder NEIN

Orthopädischer Befund:

Wir bitten Sie um Versorgung des Jugendlichen mit Schuheinlagen, falls es Ihrerseits sinnvoll
erscheint.

Einlagen verordnet: **JA oder NEIN**

Wir bitten Sie, vorhandene Röntgenbilder, falls für die Therapie sinnvoll, dem Patienten mitzugeben.

Röntgenbilder mitgegeben: **JA oder NEIN**

(Ort, Datum)

(Stempel, Unterschrift)