

Bestätigung medizinisches Gesundheitstraining
Ärztliches Attest

Hiermit bestätige ich, Dr. _____, dass für mein/e Patient/in

Herr/Frau _____, geboren am _____,

das medizinische Gesundheitstraining am milon Zirkel im Zentrum für Gesundheit Dombo aus folgendem Grund auch unter Corona zur Erhaltung der Gesundheit medizinisch notwendig und indiziert ist, um eine Verschlechterung der Beschwerden und/oder des Allgemeinzustandes zu vermeiden (bitte ankreuzen):

- Gelenk- und/oder Rückenbeschwerden
- Gewichtsmanagement
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck)
- Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes)
- Psychische Erkrankungen
- Chronische Beschwerden / muskuläre Dysbalancen

Sonstiges: _____

Im Zentrum für Gesundheit Dombo werden die vorgeschriebenen Hygienestandards beachtet und nach bestem Wissen und Gewissen umgesetzt.

Datum, Unterschrift des Arztes

Stempelfeld

Datenschutz

Ich, _____, erkläre mich damit einverstanden, dass das Team vom Zentrum für Gesundheit Dombo bei Rückfragen zur ärztlichen Bestätigung für das medizinische Gesundheitstraining meinen behandelnden Arzt (s. o.) ggf. kontaktiert.

Das Risiko einer möglichen Corona-Infektion ist mir bewusst. Im Falle einer Infektion übernehme ich selbst die Verantwortung.

Ort, Datum

Unterschrift Patient