

Name, Vorname		geb. am
Datum		

Bewegungsverordnung

Maßnahme der Schmerztherapie



nächster Termin zur Überprüfung der Maßnahme

am ____ . ____ . ____

Erstverordnung Folgeverordnung
 Bewegung in der Gruppe bevorzugt
 Bestehen medizinische Bedenken gegen die verordnete Bewegung?
 Ja Nein

Ziele für mehr Bewegung

- _____
- _____
- _____
- _____

Maßnahme	jeweilige Dauer	Häufigkeit / Woche
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Hindernisse, die zu bedenken sind:

Hilfreiche Strategien bei Hindernissen

Unterschrift Arzt / Therapeut
Stempel

Unterschrift Patient

Name, Vorname		geb. am
Datum		

Bewegungsverordnung

Maßnahme der Schmerztherapie



nächster Termin zur Überprüfung der Maßnahme

am ____ . ____ . ____

Erstverordnung Folgeverordnung
 Bewegung in der Gruppe bevorzugt
 Bestehen medizinische Bedenken gegen die verordnete Bewegung?
 Ja Nein

Ziele für mehr Bewegung

- _____
- _____
- _____
- _____

Maßnahme	jeweilige Dauer	Häufigkeit / Woche
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Hindernisse, die zu bedenken sind:

Hilfreiche Strategien bei Hindernissen

Unterschrift Arzt / Therapeut
Stempel

Unterschrift Patient