



## Medizinische Unbedenklichkeitsbescheinigung

Hiermit bescheinige ich, dass für

---

Name, Geburtsdatum

keine grundsätzliche Kontraindikation gegenüber körperlicher Aktivität besteht.

Ich befürworte ihre/seine Teilnahme an der Onkologischen Trainings- und Bewegungstherapie (OTT®) im RehaZentrum Weingarten.

Ich habe den Patienten/ die Patientin darauf hingewiesen, dass Veränderungen im Behandlungsverlauf und das Ergebnis neuer Blutbilder dem OTT-Therapeuten mitzuteilen sind, sodass die Trainingstherapie entsprechend angepasst werden kann.

---

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel behandelnder Arzt

RehaZentrum Weingarten  
Sauterleutestraße 36  
88250 Weingarten

Ansprechpartner: Jennifer Lutz  
Email: [ott@rehaweingarten.de](mailto:ott@rehaweingarten.de)

TEL: 0751 - 48798