



Medizinische Unbedenklichkeitsbescheinigung

TNM-Klassifikation: _____

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®) in der Praxis Ambulantes Reha-Centrum Halle.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel behandelnde/r Ärztin/ Arzt

**AMBULANTES REHA-CENTRUM HALLE
SÜDSTADTRING 90
06128 HALLE**

Ansprechpartner*in
Elisa Helbig

TEL: 0345-1211557



**UNIKLINIK
KÖLN**