

Medizinische Wassergymnastik

Ärztliche Verordnung

Teil 1 - Identifizierung

Ich, Unterzeichnete(r),

Dr.	
-----	--

behandelnder Facharzt/Hausarzt von

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	

Teil 2 - Diagnose

bestätige, dass die oben genannte Person durch eine der folgenden Beschwerden beeinträchtigt ist

- ☐ Bandscheibenprobleme
- ☐ ein physisches Trauma
- ☐ Leiden der Orthopädie
- ☐ Arthrose
- ☐ Osteoporose
- ☐ Rheuma
- ☐ Fibromyalgie

Datum	
Unterschrift	