

Name, Vorname Patient/Patientin

geb. am

Datum

REZEPT FÜR BEWEGUNG

Ich empfehle Ihnen ein Bewegungstraining mit folgendem Inhalt:

Moderat:

- (1) zügiges Spaziergehen
- (2) Walken
- (3) Radfahren in der Ebene
- (4) Tennis (Doppel)
- (5) Aqua-Fitness
- (6) Volleyball
- (7) Ski-Wandern
- (8) Schwimmen (Brust/Rücken)
- (9) _____

Intensiv:

- (10) Joggen
- (11) Aerobic
- (12) Tennis (Einzel)
- (13) Radfahren (Schnell/Berge)
- (14) Fußball
- (15) Schwimmen (Kraul/Schnell)
- (16) Ski-Langlauf (Skating)
- (17) Kampfsport (Karate/Judo)
- (18) _____

Krafttraining:

- (19) Übungen mit Körpergewicht
(Liegestütze, Sit-ups)
- (20) Pilates
- (21) Yoga
- (22) Krafttraining mit Gewichten
- (23) Rückentraining/-schule
- (24) Statische Kraftübungen
- (25) Cross-Fit
- (26) _____

Woche 1-4	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
Trainingsform							
Trainingszeit							

Woche 5-8	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
Trainingsform							
Trainingszeit							

Woche 9-12	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
Trainingsform							
Trainingszeit							



Unterschrift
Patient/Patientin

Unterschrift
Arzt/Ärztin