

Tauglichkeitsbescheinigung für Wassertherapiegerät LARCHEL®

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV*)
Name, Vorname des Versicherten geb.am							
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis			Datum		

Medizinische Tauglichkeitsbescheinigung zur Teilnahme an der Einweisung in die Anwendung des Wassertherapiegeräts LARCHEL® für Kehlkopflose

Hiermit bestätige ich, dass die /der oben genannte Patientin / Patient aus ärztlicher Sicht in der Lage ist, mit dem speziell für Kehlkopflose und Tracheotomierte entwickelten Wassertherapiegerät Larchel® an wassertherapeutischen Anwendungen in einem Bewegungsbecken / Schwimmbad teilzunehmen.

Zu diesem Zweck ist es erforderlich, dass die Patientin / der Patient eine Einweisung in die Anwendung des Wassertherapiegeräts Larchel® von einem qualifizierten Wassertherapiebeauftragten erhält.

Dafür muss eine bestimmte körperliche Leistungsfähigkeit vorhanden sein, die Patientin / der Patient nicht akut krank ist oder an offenen Wunden leidet.

Über diese Voraussetzungen habe ich mich bei der /dem oben genannten Patientin / Patient überzeugt.

Die Patientin / der Patient ist daher in der Lage, eine Einweisung zu erhalten.

Ort | Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes